

El paciente desobediente

ALBERTO LIFSHITZ

La práctica de la medicina emerge de siglos de tradición paternalista, que se remonta hasta a Hipócrates, y en la que es el médico el único que toma las decisiones, por supuesto, en bien del paciente, en su nombre y buscando su beneficio. Esta forma de práctica puede ejercerse de manera autoritaria o afable, pero en ambos casos el médico ordena y el paciente obedece, y hay que reconocer que a muchos pacientes les agrada esta forma de relación con su médico, porque depositan en él su confianza y no tienen que asumir ellos la responsabilidad de una elección equivocada. El sustento se encuentra en la idea de que el paciente no es capaz de tomar sus propias decisiones, ya sea por su ignorancia de los temas de la medicina, por las limitaciones emocionales que le impone su enfermedad o porque tiene deficiencias cognitivas, ya sean parte de su padecimiento o independientes de él. Igual que un padre toma decisiones en nombre de su hijo pequeño, el médico las ha tomado por siglos en nombre de sus enfermos. Esta particular visión se ha expresado con la frase “todo por el paciente, pero sin el paciente”. En los últimos tiempos, sin embargo, los enfermos han hecho conciencia de sus derechos, de su capacidad de autodeterminación y de su prerrogativa para tomar sus propias decisiones aunque no coincidan con la recomendación de los médicos. De hecho, la principal aportación del movimiento de la bioética a la ética clínica ha sido el reconocimiento de la autonomía de los pacientes competentes, lo que significa un viraje de 180 grados en relación con lo que había ocurrido durante siglos.

Una propuesta para reducir o anular la asimetría en la relación interpersonal parte del discernimiento de que el encuentro entre médico y paciente significa la unión de dos pericias, la del experto en enfermedades y tratamientos (el médico) y la del experto en su propio padecimiento (el paciente) con lo que se conforma una alianza capaz de llegar a mejores decisiones que cuando las toma sólo el

profesional, aunque sea con la mejor intención y pensando auténticamente en el bien del otro. En estas circunstancias, el paciente puede decidir si acepta o no las recomendaciones del médico e incluso puede negarse a seguir las prescripciones si no le parecen convenientes. El médico, por su parte, enfrenta hoy un dilema entre dos principios: el de autonomía, que lo orienta a respetar las decisiones del paciente, y el de beneficencia, que le manda hacer el bien a sus enfermos y que se plantea en términos de qué es lo más importante, si respetar la libertad de decisión del paciente, aunque no sean benéficas para su salud, o tomar decisiones en favor de la salud del enfermo aunque éste no esté de acuerdo.

Pero, al margen de esta libertad de decidir, que tiene relativamente poco tiempo de haber sido reconocida, el paciente se ha comportado autónomamente en muchas circunstancias o, al menos, en oposición a las recomendaciones médicas. Una prueba de ello es su falta de adherencia a los tratamientos.

Los incuestionables avances en los tratamientos farmacológicos de muchas enfermedades terminan siendo anulados con frecuencia por un motivo muy simple: muchos pacientes no siguen las prescripciones. Las razones para ello son muy diversas: se les olvida, no entendieron las instrucciones, no se convencieron, los médicos no se ganaron su confianza, sufren efectos adversos que los obligan a suspenderlos, no tienen acceso al medicamento por falta de recursos económicos o por otras causas, no lo valoran suficientemente, se sienten bien, consideran que ya es mucha medicina, temen efectos nocivos por acumulación, les parece que ya lo siguieron por un tiempo suficiente, reciben opiniones –profesionales o no– distintas, les incomoda el sabor, etcétera.

Esta falta de cumplimiento por parte del paciente se manifestó dramáticamente a propósito de la tuberculosis, enfermedad en la que fue necesario re-

currir a estrategias de supervisión muy estrecha para evitar los fracasos terapéuticos y la resistencia del microorganismo, pues el paciente tiene que acudir al centro de salud y, en presencia del personal sanitario que lo constata, ingerir los medicamentos prescritos. Pero esto se ha hecho más evidente en otras enfermedades crónicas, particularmente las que carecen de síntomas o cuando éstos son bien tolerados. El problema principal para atender a los pacientes con hipertensión arterial o con diabetes es, precisamente, esta falta de adherencia, pues en cuanto se sienten bien dejan de disciplinarse en lo relativo a la dieta y a la medicación; ambas enfermedades suelen transcurrir sin mayores molestias; en cambio, no es tan raro que las medicinas sí las originen, y frecuentemente no se tiene la visión de futuro que acepta el régimen para eludir complicaciones y secuelas, y no para mejorar el presente. Los médicos hemos pecado de ingenuos y hasta de irresponsables al suponer que otorgar la receta garantiza su cumplimiento, que nuestra responsabilidad cesa en ese momento y que, a partir de allí, la obligación corresponde al paciente o a su familia. Ni siquiera solemos tener suficiente conciencia del problema y de su magnitud.

Por mucho tiempo la adherencia fue identificada con la sumisión; de hecho, se le denominaba “obediencia terapéutica”. El mejor paciente era el más dócil, el que menos cuestionaba las indicaciones y el que se disciplinaba de manera estricta, confiando ciegamente en su médico y sin atreverse a criticarlo o poner en duda sus órdenes. Pero a partir de los últimos decenios del siglo xx, con la jerarquización del principio de autonomía, el término “obediencia” se abandonó y se sustituyó por otros como “conformidad”, “adhesión”, “apego”, “alianza” o “adherencia” terapéuticas. En inglés se suele utilizar el término *compliance* que significa conformidad o acuerdo, y que no es, estrictamente, un sinónimo de adherencia, pues se suele traducir como aceptabilidad o tolerancia. Recientemente, también en inglés se ha preferido el término *adherence*.

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona –ya sea tomar el medicamento, seguir un régimen alimenticio o ejecutar cambios en el modo de vida– corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de

asistencia sanitaria”. La adherencia es todavía más difícil de lograr para los tratamientos dietéticos y para las modificaciones en los estilos de vida que para los medicamentos.

La magnitud del problema es suficientemente grande como para que la OMS lo considere una prioridad. En los países desarrollados apenas 50% de los pacientes con enfermedades crónicas alcanza una adherencia terapéutica, mientras que en los países en desarrollo las cifras son mucho menores, de apenas 12 a 37%. Desde luego que los números varían con la enfermedad, las condiciones socioeconómicas, la cultura y la educación pero, en general, la falta de adherencia es el factor limitante más frecuente que impide alcanzar la efectividad terapéutica que se logra en los estudios de investigación, bajo condiciones controladas, y no puede considerarse como una excepción pues ocurre en la mayoría de los casos. La hipertensión, la diabetes, la tuberculosis, la epilepsia, el asma, el cáncer, la osteoporosis, el sida y los trasplantes de órganos son ejemplos dramáticos en los que la falta de adherencia conduce a desenlaces desafortunados. Cuando se trata de elegir candidatos para un cierto tratamiento, como sucede con los receptores de órganos, una variable importante ha sido la probabilidad estimada de que efectivamente se adhieran al tratamiento.

Las consecuencias de una falta de adherencia son obvias, pero destacan la falta de eficacia del tratamiento, el incremento en las complicaciones, la resistencia y el aumento ineficiente de los costos. La información que los pacientes ofrecen a su médico acerca de si siguieron o no el tratamiento, y si lo hicieron tal y como estaba prescrito, no ha resultado confiable para medir la adherencia, ni siquiera cuando se obtiene a partir de un cuestionario estructurado. El propio Hipócrates decía que “los pacientes... frecuentemente mienten acerca de si tomaron lo que se les prescribió”. Se han tenido que idear procedimientos más complejos, los cuales no resultan prácticos en el encuentro individual entre médico y paciente, como son el recuento de las tabletas remanentes, la medición de niveles sanguíneos de la sustancia activa, la utilización de marcadores biológicos no tóxicos que se adhieren a las tabletas o los dispositivos electrónicos que registran cada momento en que se abre el envase. Toda esta sofis-



ticación sólo habla de que, para estos propósitos, no puede confiarse en la palabra de los enfermos. Pero si el médico descubre esta falta de adherencia, tendría que tratar de identificar las razones por las que ocurrió y, en su caso, ayudar al paciente a superarlas. En estricto apego al principio de autonomía, el enfermo tiene derecho a discontinuar la medicación, pero que no lo haga por razones ajenas a su voluntad.

Al parecer, algunos elementos clave para lograr una mayor adherencia implican la comprensión plena de la terapéutica por parte del enfermo, su convicción sobre la importancia del apego, el que le asigne un valor a su tratamiento o a la recuperación de su salud, se involucre afectivamente y se comprometa con autenticidad. Partiendo de la idea de que el enfermo no es un obediente procesador de órdenes del médico, sino que siempre tiene algo que aportar, el enfoque más pertinente se sustenta en mejorar la calidad de la relación interpersonal. En la medida en que el paciente cuente con información correcta, suficiente y comprensible, jerarquice su propia salud, tenga confianza en el médico, en el medicamento y en el sistema de salud y cuente con una visión de futuro, se puede lograr una mayor adherencia terapéutica.

Las estrategias propuestas para superar el problema abarcan la educación del paciente en relación con su padecimiento, su terapéutica y el valor del apego; efectos sobre el comportamiento, como los usados en el tratamiento de la tuberculosis; recompensas, particularmente en los pacientes con mente sencilla, en los que funcionan mejor los incentivos, ya sea positivos o negativos; apoyo social, especialmente por parte de la familia, y seguimiento, ya sea telefónico o presencial del profesional o de intermediarios.

Se puede afirmar que la falta de adherencia es más frecuentemente por culpa del médico que del paciente. La sola emisión de la receta, por más bien hecha que esté, no es, por supuesto, suficiente para garantizar su cumplimiento y los médicos tenemos que hacer más esfuerzos por lograr la participación de los pacientes, por ejemplo, anotar en la receta el tiempo que debe seguirse la prescripción (“hasta nueva instrucción”, “de por vida”, “indefinidamente”). Aunque muchos colegas optan por utilizar incentivos, en general no sirven de mucho las

amenazas, intimidaciones y mentiras. Lo más que se logra es que el paciente pierda la confianza o abandone al médico. Es importante el grado de competencia del paciente para ejercer su autonomía y contender con su enfermedad, y es útil conocer sus expectativas para, en caso de que sean razonables, intentar cumplirlas y, si son excesivas, acotarlas desde el principio. El médico debería dedicar el tiempo necesario para explicar con detalle la enfermedad y la terapéutica, y constatar varias veces que el paciente lo comprendió, de tal manera que incluso participe en los planes terapéuticos. Es útil otorgar información escrita, retroinformar y reforzar, reconocer los esfuerzos y ponderarlos.

En igualdad de circunstancias, prescribir la marca menos costosa siempre y cuando se pueda garantizar el abasto y la calidad farmacéutica, usar el menor número de medicamentos posible, la menor dosis posible y en el menor número de tomas; relacionar la ingestión del medicamento con las actividades cotidianas y no tanto con el horario, por ejemplo “al acostarse”, “después del desayuno”; explicar los posibles efectos adversos de los medicamentos –sin desalentar de antemano su uso–, su importancia relativa y lo que habría que hacer en caso de que aparezcan; la familia debe participar; mantener una comunicación frecuente entre médico y enfermo y de algún modo vigilar periódicamente el grado de cumplimiento. En algunos casos, puede ser útil firmar un convenio. En el fondo de la falta de adherencia puede haber una conducta autodestructiva que manifieste una depresión asociada. Muchos pacientes recurren a las medicinas alternativas que les ofrecen menos efectos colaterales; acaso habría que advertir de sus limitaciones.

Todo esto significa una inversión de tiempo del que a veces los médicos no disponemos, pero nuestra responsabilidad es con la salud del paciente y no la de cumplir muestra tarea con el menor esfuerzo y al margen de los desenlaces. Los médicos hemos sido más prescriptores que educadores. No basta reprender a los pacientes, culparlos, amenazarlos o intimidarlos; no basta informarles o recomendarles, hay que convencerlos; no basta ordenarles, hay que explorar sus posturas y tomar en cuenta sus puntos de vista. Lograr la adherencia es la verdadera meta de la prescripción.

