

Lucena et al. 2009. Paratiroidectomía endoscópica experimental en perro. *MedULA* 18: 23-33.

Prinz RA, Lonchyma V, Carnaille B et al: 1994. Thoracoscopic excision of enlarged mediastinal parathyroid glands. *Surgery* 116: 999.

Rueda AA, Rivero SR. 2004. Cirugía endoscópica mínimamente invasiva de la glándula tiroidea en perros TEI Facultad de Medicina Universidad Central de Venezuela.

Tibblin S, Bizardz JP, Bondenson AG et al. 1991. Primary hyperparathyroidism due solitary adenoma: A comparative multicenter study of early and long term results of different surgical regimens. *Eur J Surg.* 157: 511.

Tovar EA. 2001. Minimally invasive resection of mediastinal parathyroid adenoma. *Ann Thorax Surg* 71: 397-404.

Udelsman R. 2000. Is unilateral neck exploration for parathyroid adenoma appropriate? *Adv Surg* 34: 319-329.

Udelsman R, Donovan P, Sokoll L. 2000. One hundred consecutive minimally invasive parathyroid explorations. *Ann Surg* 232: 333-339.

Wang C. 1976. The anatomic basis of parathyroid surgery. *Ann Surg*; 183: 271.

Yeung H, Ng WT, Kong CK. 1997. Endoscopic thyroid and parathyroid surgery. *Surg Endosc.* 11: 877.

Recibido: 26 marzo 2008. Aceptado: 10 enero 2008

D'Anello et al. 2009. Relación médico paciente y adherencia a tratamiento. *MedULA* 18: 33-39.

## LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO

Silvana D'Anello Koch, Yariani Barreat, Gregorio Escalante, Ana K D'Orazio y Alimar Benitez

Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

### Resumen

En el presente estudio se examinó la influencia de características demográficas, estilo relacional y satisfacción del paciente sobre la adherencia al tratamiento. La muestra estuvo conformada por 37 médicos y sus respectivos pacientes (N=141): 30 diabéticos, 49 con problemas cardiovasculares, 18 con cáncer, 32 con padecimientos respiratorios y 12 con enfermedades gastro-intestinales. Se evaluó, desde la perspectiva del médico y del paciente, la adherencia y el estilo relacional; además el paciente evaluó la satisfacción con el trato médico. No se encontró efecto alguno de la edad y sexo del médico, así como tampoco del número de horas de trabajo semanal, tiempo promedio en consulta y especialidad sobre ambas medidas de adherencia. Se condujeron dos análisis de regresión. En el primero se utilizó como variable dependiente la adherencia desde la perspectiva del paciente, resultando como único predictor el estilo relacional percibido por el paciente ( $R^2=.15$ ). En el segundo análisis la variable dependiente fue la adherencia determinada por el médico. En este caso los predictores significativos fueron el estilo relacional percibido por el paciente y la satisfacción del paciente con la atención médica ( $R^2=.24$ ). Se concluye que la relación médico-paciente, vista desde la perspectiva del paciente, y la satisfacción con la atención médica, constituyen variables que afectan la adherencia al tratamiento médico.

**Palabras claves:** Cumplimiento del tratamiento, relación médico-paciente, satisfacción del paciente, enfermedades crónicas

### Abstract

#### Patient-physician relationship and its influence in adherence to medical treatment

The present study examined the influence of demographic characteristics, relational style and patient satisfaction on adherence to treatment. The sample was 37 physicians and their patients (N = 141): 30 diabetics, 49 with cardiovascular problems, 18 with cancer, 32 with respiratory illness and 12 with gastro-intestinal diseases. We evaluated, from the perspective of the doctor and patient, the adherence and relational style. Patients also evaluated satisfaction with medical treatment. We did not find any effect of physician's age and gender, nor the number of hours of work per week, average time spent in consultation and specialty on both adherence measures. Two regression analysis were conducted. In the first one, adherence from the perspective of the patient was used as the dependent variable, resulting the style relational perceived by the patient as the sole predictor ( $R^2 =.15$ ). In the second analysis, the dependent variable was adherence determined by the physician. In this case the significant predictors were style relational perceived by the patient and patient satisfaction with medical care ( $R^2 =.24$ ). It was

concluded that the doctor-patient relationship seen from the perspective of the patient, and satisfaction with medical care, variables that affect adherence to medical treatment.

**Key words:** Adherence to medical treatment, patient-physician relationship, patient satisfaction, chronic diseases.

## INTRODUCCIÓN

“La relación médico-paciente es la base del arte médico” (Russo 2007)

El cumplimiento o adherencia al tratamiento médico es definido por Sackett y Snow (1979) como “el grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios de estilo de vida, coincide con la prescripción clínica” (pp. 37). De tal manera que se puede establecer la adherencia como un fenómeno psicológico más que médico. Las cifras estimadas de adherencia parecen no sufrir modificaciones en estudios conducidos en la década de los 90 comparada con las más recientes. Los reportes muestran que es de 50% el cumplimiento en enfermedades crónicas y varía entre 31 y 49% en enfermedades agudas (Duran Rivera y Gallegos 2001, Martin et al. 2005; Sherbourne et al. 1992). En el caso específico de la hipertensión arterial, las cifras para el año 2005 indicaban que solo entre el 3 y 34% controlan las cifras tensionales como parte del tratamiento (Igarro et al. 2005). Similarmente se ha reportado la alta discrepancia entre la evaluación del cumplimiento por parte del paciente en contraposición a la percepción del médico (Du Pasquier y Tubiana 1999). Con base en estos hallazgos, el cumplimiento de las recomendaciones médicas se ha convertido en un problema en el ámbito de la salud que aún no logra resolverse.

La gran pregunta que la investigación sobre el cumplimiento se hace es ¿Cuáles son las variables determinantes del cumplir o no cumplir las recomendaciones médicas? La respuesta aún se sigue buscando. Desde la perspectiva de la psicología social, variados modelos teóricos se han propuesto como intentos de explicación de los factores potenciales que pueden mediar y afectar el proceso de cumplimiento de las recomendaciones médicas. Por ejemplo, en el modelo acerca de las creencias sobre la salud se mencionan particularmente las creencias y opiniones acerca de la enfermedad y el tratamiento, la percepción de susceptibilidad y la motivación hacia la salud como predictores relevantes. De acuerdo con la teoría de la acción razonada, las actitudes, normas e intenciones conductuales son mediadores de la toma de decisión acerca de cumplir o no cumplir el tratamiento. Recientemente, se sugieren modelos integradores de diferentes teorías que tienen la ventaja de explicar con mayor exactitud el fenómeno de la adherencia (D'Anello 2006). Aunque, al

presente, el estado del conocimiento apunta hacia enfatizar las variables de corte psico-social en el estudio de dicho proceso, está claro que el poder explicativo está supeditado a varios factores que van desde el tipo de tratamiento, cuya naturaleza llega a presentar un grado de complejidad que dificulta su cumplimiento, hasta el tipo y evolución de la enfermedad. Las enfermedades crónicas, por ejemplo, representan un desafío para los médicos tratantes. Las condiciones ideales estarían representadas por un diagnóstico exacto, un tratamiento efectivo y un paciente que cumpla 100%, un mundo alejado de la situación real. En sociedades como la nuestra donde el sistema de salud es deficitario, la escolaridad es aún baja y las prácticas mágico-religiosas aún prevalecen en la búsqueda de cura a muchas enfermedades, no extrañaría encontrar tratamientos alternativos, interrupciones injustificadas y mucha ignorancia sobre la importancia del cumplimiento de las recomendaciones médicas (Sánchez 2006).

**Relación médico-paciente.** Por relación médico-enfermo se entiende “aquella interacción que se establece con el fin de devolverle al paciente la salud, aliviar su padecimiento y prevenir enfermedades” (Carrera 2005). Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer un tipo de interacción con el paciente del que depende en gran parte el éxito terapéutico (Carrera 2005). De hecho, la relación médico-paciente se ha considerado como uno de los factores de mayor influencia en el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas (DiMatteo et al. 1993, Froján y Rubio 2005). En un estudio realizado en pacientes con diferentes enfermedades crónicas, D'Anello (2006) encontró que el 6% de la varianza en cumplimiento era explicado por la interrelación médico-paciente. Numerosos estudios en Estados Unidos han demostrado que los médicos frecuentemente fallan en ofrecer de manera adecuada las prescripciones a los enfermos debido a deficiencias en la comunicación lo cual redundo en incumplimiento de las recomendaciones (Jhonson y Carlson 2005). Es evidente que el sistema de comunicación que se establece condiciona la relación médico-paciente. Se ha reportado que mejora la salud física, mental, el grado de satisfacción del paciente y familiares y el cumplimiento del tratamiento médico (Di Matteo et al. 1993).

El modelo del “Sentido Común de la Enfermedad y la Salud” (Leventhal 2001) propone que en el encuentro, el paciente y el médico traen consigo conocimientos, actitudes y expectativas respecto a los síntomas y la enfermedad, en el primero fundamentados en su experiencia socio-cultural y en el segundo basadas en un aprendizaje sistemático y científico. La calidad y efectividad de la relación va a depender del ajuste que se pueda establecer entre esos dos mundos. Por tanto, el médico exitoso debe estar conciente que tomar en consideración la representación que tiene el paciente de su enfermedad es esencial para crear una alianza terapéutica. Esto es particularmente importante en el caso de las enfermedades crónicas debido a que la relación se llega a extender por periodos de tiempo largos.

Es común la queja de los pacientes de la actitud distante y autoritaria de los médicos en la consulta, así como la falta de asertividad del paciente para exigir un comportamiento más cercano. Más aún, se ha comprobado que pacientes llegan a salir de la consulta sin haber comprendido el diagnóstico y mucho menos el tratamiento. Para ejemplificar, en un estudio con 1014 pacientes evaluados con densitometría radiológica dual, se les preguntó por el resultado al salir de la consulta con su médico. El 80% reportó que había sido informado sobre el mismo, sin embargo, en 31% de los casos, existían discrepancias entre el resultado real y el reporte del paciente (Pickney y Armason, 2005).

Después de 30 años de estudiar la satisfacción del paciente con la atención médica y la comunicación médico-paciente, DiMatteo (2000) afirma que un médico que no es apoyador, que culpabiliza, ignora o critica al paciente no promueve su curación. Las habilidades comunicacionales que faciliten la retroalimentación y un tono emocional empático, constituyen elementos indispensables en la relación médico-paciente. Se ha demostrado extensamente la relación entre estilo comunicacional y sus efectos sobre la satisfacción y el cumplimiento. El estilo denominado “centrado en el paciente” en contraposición al “centrado en el médico”, ha resultado claramente más eficiente; presenta implicaciones obvias ya que las habilidades que facilitan la expresión por parte del paciente de sus necesidades, expectativas, opiniones y sentimientos, son consideradas cruciales. Existen reportes de pacientes que indican su sensibilidad, no solo a la información que reciben, sino a la manera que es conducida la consulta (DiMatteo et al. 1993; Kjaer y Finset 2000, Finset Smedstad y Ogar 2000). La relación médico-paciente también puede evaluarse según el objetivo de la relación; se diferencia entre el

modelo interpersonal de relación según el cual la enfermedad es considerada como un todo, el trastorno forma parte del paciente y se produce una implicación personal en la relación y el modelo técnico de servicio, en el que la atención se centra en el órgano enfermo y el paciente adquiere connotaciones de cliente que solicita la reparación del mismo (Carrera 2005). Sin embargo, el modelo paternalista es el predominante en la mayoría de las culturas. El médico activamente selecciona la intervención que ha determinado como la mejor para el paciente y su bienestar, el rol del paciente es fundamentalmente pasivo y su función se limita a cumplir con las recomendaciones médicas.

Si bien, la práctica médica se caracteriza por una estrecha relación entre el personal que la ejerce y la persona que solicita sus servicios, en los tiempos contemporáneos se hace cada vez más difícil la interacción adecuada entre el médico y sus pacientes. El alto número de pacientes por médico en un lapso de tiempo asignado constituye uno de los aspectos más limitante para que dicha relación trascienda el ámbito de lo físico a lo emocional. La mercantilización de la medicina junto con la despersonalización de la atención que las nuevas épocas han impuesto trae consigo la sustitución de la clínica por el uso indiscriminado de la tecnología (Rivera 2006). Por tanto, no es de extrañar que parte de la responsabilidad de las cifras sobre incumplimiento de tratamiento tenga sus raíces en la deficiente interacción entre el médico y el paciente.

La gran mayoría de los estudios sobre cumplimiento se han llevado a cabo en enfermedades crónicas y de alta prevalencia (García et al. 2001). En la presente investigación se decidió utilizar muestras de pacientes con diferentes enfermedades crónicas con el fin de evaluar los efectos de la relación médico-paciente sobre el cumplimiento del tratamiento. Se decidió incorporar un diseño novedoso en el cual se midieran ambas variables desde la perspectiva tanto del paciente como del médico tratante.

## **METODOLOGIA**

### **Muestra**

Participantes en el estudio 141 pacientes adultos y sus respectivos 37 médicos tratantes (N=178). En promedio, se escogieron tres o cuatro pacientes por médico. La distribución por enfermedad fue: 30 diabéticos, 49 con trastornos cardiovasculares, 18 con cáncer, 32 con padecimientos respiratorios y 12 con trastornos gastro-intestinales. La edad promedio fue de 38 años y el 62% eran del sexo femenino. Todos tenían al menos dos meses de tratamiento. El método de selección fue no probabilístico e intencional.

### Procedimiento

Los médicos fueron contactados en el Instituto Autónomo Hospital Universidad de los Andes (IAHULA). Se les explicó el objetivo del estudio y se solicitó la colaboración para responder un breve instrumento y permitir que se les aplicara otro instrumento a algunos de sus pacientes mientras esperaban la consulta. Previa selección de los pacientes se chequeaba, con el médico, el tiempo en tratamiento a fin de cumplir con el único criterio de inclusión de tener al menos dos meses en tratamiento. En todo caso, la participación fue voluntaria y la aplicación se realizó de manera individual.

### Instrumentos

En relación con los métodos de valoración del cumplimiento, los más utilizados han sido los basados en información indirecta proporcionada por el médico o el paciente o por ambos. Aunque dichos métodos tienen la desventaja de la subjetividad, que en muchos casos se expresa en una sobreestimación del cumplimiento, son menos costosos y permiten identificar a los incumplidores (Gil 2000).

Las escalas utilizadas para medir las variables del estudio fueron:

*Escala RELPA.* Diseñada por D'Anello (2000) para medir la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente. Consta de 19 ítems en formato tipo Likert de 6 puntos (1= Nunca; 6= Siempre). Evalúa aspectos tales como: estilo de comunicación, apoyo afectivo, tiempo invertido en la consulta y claridad en las instrucciones. La confiabilidad determinada por el método alfa de Cronbach es de .80. Como indicador de validez la escala presenta una asociación positiva con una medida de satisfacción del paciente (.44).

*Escala RELME.* Diseñada por D'Anello (2000) para medir la relación médico-paciente desde la perspectiva del médico. Consta de 15 ítems en formato tipo Likert de 6 puntos (1= Nunca – 6= Siempre). Evalúa los mismos aspectos que la escala. Los resultados sobre las correlaciones se presentan en la tabla 2. Se puede apreciar que todas las asociaciones son positivas y significativas. La concordancia entre la percepción del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes (CTPA) y médicos (CTME) es de .54, asociación esta que, aunque significativa, deja un margen importante de carencia de acuerdo acerca del grado de cumplimiento entre ambas muestras. Como era de esperarse, la satisfacción del paciente (SATI) con la atención médica presenta una correlación de .43 con la relación médico-paciente percibida por el paciente

RELPA. La confiabilidad de la escala es de .75 (alfa de Cronbach).

*SATI.* Es una medida general que evalúa el grado de satisfacción con la atención médica. Consta de un solo ítem con una escala de 10 puntos que va de muy satisfecho (10) a muy insatisfecho (1).

*CTME.* Se diseñó un ítem para el presente estudio a fin de medir la percepción del médico sobre el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. La escala va de Excelente (7) a muy deficiente (1).

*CTPA.* Diseñado por DiMatteo y otros (1992) y adaptado por D'Anello (2000) para medir la percepción subjetiva de cumplimiento por parte del paciente. Consta de 5 ítems en formato tipo Likert de 6 puntos (1= Nunca; 6= Siempre). La confiabilidad de la escala es aceptable (alfa de Cronbach= .78).

Los participantes (médicos y pacientes) también completaron una hoja de datos personales en la cual se preguntaban aspectos relacionados con datos demográficos.

### RESULTADOS.

En la tabla 1 se presentan las estadísticas descriptivas para cada variable. Se puede evidenciar que las medias presentan una tendencia general hacia el polo positivo, lo cual indica que, en términos generales, tanto la relación médico-paciente, la satisfacción con la atención médica como el cumplimiento del tratamiento son percibidos de manera adecuada por ambas muestras.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de las variables del estudio.

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo
RELME	73.78	7.9	50	90
RELPA	90.53	11.6	56	112
CTME	5.44	1.81	1	7
CTPA	24.03	4.60	12	30
SATI	8.01	2.67	1	10

(RELME) y de .18 con la percibida por el médico (RELPA). Sin embargo, la satisfacción del paciente con la atención médica presenta una correlación más alta con el cumplimiento del tratamiento según el médico (.40) comparada con la obtenida con el cumplimiento reportado por el propio paciente (.24). No se encontró efecto alguno de las variables edad, sexo del médico, así como tampoco del número de horas de trabajo semanal, tiempo promedio en consulta y especialidad, con las medidas de cumplimiento.

Tabla 2. Correlaciones entre las variables del estudio.

	RELPA	RELME	CTME	CTPA	SATI
RELPA		.28*	.44**	.39**	.43**
RELME			.23*	.20*	.18*
CTME				.54**	.40**
CTPA					.24*

p<.05; \*\* p< .01

La tabla 3 contiene los resultados de los dos modelos de análisis de regresión. En el primero se utilizó como variable predicha el cumplimiento del tratamiento según el médico. En el segundo la variable fue el cumplimiento según la percepción del paciente. Los datos obtenidos indican que, en ambos casos, la variable con mayor poder predictivo del

cumplimiento del tratamiento fue la percepción del paciente sobre su relación con el médico tratante. En el caso del cumplimiento según el médico, la satisfacción del paciente con la relación también tiene un aporte importante (6%) en la explicación de la varianza.

Tabla 3. Modelo de regresión. Variable predicha: Cumplimiento del tratamiento según el médico (CTME).

Variables	R <sup>2</sup>	β	F	p
RELPA	.18	.32	29.9	.000
SATI	.24	.25	20.3	.000

Tabla 4. Modelo de regresión. Variable predicha: Cumplimiento del tratamiento según el paciente (CTPA).

Variables	R <sup>2</sup>	β	F	p
RELPA	.15	.38	21.8	.000

## DISCUSIÓN

Aunque el papel de los factores asociados al paciente han sido ampliamente estudiados en asociación con el cumplimiento del tratamiento, menor atención han recibido los factores relacionados con el médico. El presente estudio contribuye a identificar cómo la relación médico-paciente afecta la adherencia bajo un diseño novedoso por cuanto se evaluaron ambas variables desde las perspectivas tanto del paciente como del médico.

En primer lugar es necesario comentar que la concordancia (.54) entre las dos medidas de cumplimiento demuestra que existe un amplio margen de inconsistencia entre la percepción del médico sobre el cumplimiento del tratamiento de su paciente y la propia percepción del paciente. Estudios previos han encontrado incongruencias aún más extremas. Por ejemplo, en un estudio con adolescentes que sufrían de diabetes la correlación no superó el .35 (Du Pasquier y Tubiana 1999). Los determinantes de dicha variabilidad pueden ser numerosos: el propio sesgo del paciente de sobreestimar a fin de “quedar bien”, la memoria del médico, la falta de comprobación permanente de parte del médico, las creencias del paciente sobre lo que es cumplir y no cumplir con el tratamiento, etc. Este aspecto requiere de mayor atención investigativa

con el fin de explorar los posibles determinantes de la falta de concordancia entre los juicios de pacientes y sus respectivos médicos.

El hallazgo más relevante del estudio es que ambas medidas de cumplimiento del tratamiento fueron predichas por la percepción del paciente de la relación con su médico. Si la relación es percibida por el paciente como centrada en él, con atención a sus necesidades, con tomas de decisiones compartidas, en un ambiente de empatía y calidez humana las posibilidades de cumplimiento de las prescripciones son mayores. Estos datos apoyan los hallazgos previos (DiMatteo et al.1993, DiMatteo et al. 2000, Frankel 2004, Schneider et al. 2004). En este sentido, Goldring et al. (2002) encontraron, en el caso de enfermos crónicos, que si la relación implica una toma de decisiones compartidas en la que se respetan las opciones propuestas por el paciente, se maximizan las probabilidades de adherencia al tratamiento.

Pareciera que el médico es sensible a los indicios que le ofrece el paciente sobre la forma como él percibe la relación establecida, y esto a su vez afecta las evaluaciones que el médico hace del grado de cumplimiento del tratamiento. En otras palabras, mientras mejor se siente el paciente con su médico, éste evalúa más positivamente el seguimiento de sus recomendaciones.

Responder las preguntas del paciente en un lenguaje comprensible parece ser uno de los elementos críticos de mayor relevancia para seguir las recomendaciones médicas. En un análisis post-hoc se encontró que los dos ítemes que presentan la mayor correlación con las medidas de cumplimiento fueron los referidos a la "claridad en las respuestas ofrecidas por el médico" y "explicación de todo lo relacionado con la enfermedad". En el estudio conducido por DiMatteo et al. (1993) se evidenció que la disposición del médico a responder todas las preguntas e inquietudes del pacientes, independientemente del tiempo requerido para ello, fue la variable más asociada con el cumplimiento del tratamiento en una muestra de pacientes con variadas enfermedades crónicas.

La importancia de la satisfacción del paciente con el cuidado y la atención médica ha sido fuente de investigación desde hace dos décadas (Ware et al. 1984), y su vinculación con la adherencia ha sido ampliamente demostrada (Frankel 2004). En el presente estudio se encontró una alta asociación entre la relación percibida por el paciente y su grado de satisfacción (.43). Sin embargo, la satisfacción predijo el cumplimiento evaluado por el médico y no el cumplimiento desde la perspectiva del paciente. Aunque se trata de un resultado inesperado, es posible que la percepción que tenga el médico del cumplimiento esté relativamente sesgada por las expresiones de satisfacción del paciente hacia su atención. Otra posible explicación es que la disminución o desaparición de síntomas y la mejoría en la salud del paciente sean interpretados por el médico como cumplimiento del tratamiento. Lo interesante del hallazgo es que ofrece una nueva fuente de estudio en la búsqueda de explicación del cumplimiento del tratamiento médico.

A modo de reflexión, el médico debe estimular la capacidad de entender la enfermedad como una respuesta global del ser humano, no solo de un órgano o función, lo cual debe llevar a darle al paciente una dimensión orientada hacia su interioridad contemplando los aspectos psicológicos y sociales. Se debe eliminar la relación de tipo recipe-paciente. Es urgente asumir un cambio de paradigma en el que se sustituya una visión mecanicista y reduccionista de la naturaleza humana por una integral y holista. El paciente no solo debe recibir un tratamiento; debe recibir ayuda, apoyo y optimismo al momento de enfrentar su enfermedad (Guzman 2006).

El "modelo centrado en el paciente" ha surgido como un concepto clave en la medicina moderna. Implica un modelo de tratamiento que incorpora no solamente los factores biológicos, sino los psicológicos,

sociales, y culturales. Inspirados en dicho modelo, se ha desarrollado un movimiento en las ciencias de la salud para examinar la relación profesional que se establece entre doctores y pacientes (Laine y Dovidoff 1996, Frankel 2004). Se ha tomado de la psicología el constructo de "alianza de trabajo" que no es más que el acuerdo entre el terapeuta y el paciente sobre metas explícitas, el plan de cumplimiento y el establecimiento de lazos afectivos basados en la mutua confianza. A pesar de los avances de dicha perspectiva, aún es importante concientizar a los médicos y fundamentalmente a los estudiantes de medicina sobre las consecuencias beneficiosas que se desprenden del mismo.

El estudio del comportamiento de cumplimiento con la medicación y las variables asociadas al mismo, se convierte en requisito indispensable para elaborar programas de intervención, no sólo dirigidos a incrementar el cumplimiento, sino a estimular la persistencia en el cumplimiento. Continuar el estudio del cumplimiento o adherencia al tratamiento médico reviste gran importancia cuando se pretende optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades.

La relación médico-paciente sigue siendo, más allá de los avances tecnológicos, importante para la práctica médica e imprescindible en la formación integral del médico, como siempre.

## REFERENCIAS

- Carrera J. 2005. Evolución de la relación médico-paciente. [www.monografia.com](http://www.monografia.com)
- D'Anello S. 2000. Escalas RELAMEPA y RELAME: Medidas de percepción de la relación médico-paciente. Papel de trabajo. Centro de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.
- D'Anello S. 2006. Cumplimiento del tratamiento médico: Aspectos psicosociales. Cap. 10. En Aportes a la Psicología Social de la Salud. Ediciones Vicerrectorado Académico. Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela.
- D'Anello, S. 2006. Instrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico. *MedULA*, 15 (1): 4-11.
- DiMatteo M. 2000. Practitioner-family-patient communication in pediatric adherence: Implications for research and clinical practice. En D. Drotta, (Ed.) *Promoting adherence to medical treatment in childhood chronic illness: Concepts, methods, and interventions* (pp. 237-258). New York: Erlbaum.
- DiMatteo MR, Hays RD, Sherbourne CD 1992. Adherence to cancer regimens: Implications for treating the older patient. *Oncology*, 5: 50-57.

DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD et al. 1993. Physicians' characteristics influence patient adherence to medical treatment: Results from the medical outcome study. *Health Psychology*, 12: 93-102.

Du Pasquier F, Tubiana R. 1999. Discordance between physician and adolescents assessments of adherent to treatment: influence of HbA1c level. *Diabetes Care*, 22 (9): 1445-1440.

Duran B, Rivera B, Gallegos E. 2001 Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitas tipo 2. *Salud Pública de México*, 43: 233-236.

Finset A, Smedstad L, Ogar B. 2000 Physician-patient interaction and coping with cancer: the doctor as informer or supporter?. *J. Cancer Educ*, 12: 174-178.

Frankel R. 2004. Relationship-centered Care and the Patient-Physician Relationship *Journal of General Internal Medicine* (19) 11:1163-1165.

Froján M, Rubio R. 2005. Discriminant analysis of treatment adherence in insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychology in Spain*, 9: 41-48.

García MD, Orozco D, Gil VF et al. 2001 Relación entre cumplimiento farmacológico y grado de control en pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemias. *Med Clin Barc*; 116 Supl 2: 141-146.

Gil VF. 2000 Métodos para medir el cumplimiento. En: Codina C, editor. *Educación sanitaria: información al paciente sobre los medicamentos*. Barcelona: Doyma S.L. 73-80.

Goldring A, Taylor S, Kemeny M et al. 2002. Impact of health beliefs, quality of life, and the physician-patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. *Health Psychology*, 21: 218-228.

Guzmán F. 2006. Relación médico-paciente. De cara a la Bioética. *Concienciaactiva*. 11: 83-101.

Igarmó R, Vita N, Bendersky M et al. 2005. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 34: 104-111.

Jhonson B, Carlson N. 2005 Medical regimen adherence: Concepts, assessment and interventions. Cap. 10

Kjaer P, Finset A. 2000. Trait anxiety and reactions to patient-centered and Doctor-centered styles of communication: An experimental study. *Psychosomatic Medicine*, 62: 33-39.

Ladero , Orejudo S, Carboles J. 2005. Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17: 575-581.

Leventhal H. 2001. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. En A. Baum, T. A. Revenson, y E. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology* (pp. 19-47). Mahwah, NJ: Erlbaum. U. S. A.

Martin L, Williams S, Haskard K et al. 2005. The challenge of patient adherence. *Ther. Clin Risk Manag*, 3: 189-199.

Pickney C, Arnason, J. 2005. Correlation between patient recall of bone densitometry results and subsequent treatment adherence. *Osteoporos Int* 16: 1156-60.

Rivera A. 2006. La práctica médica. Marketing Forense Consultores. [www.marketingforense.com](http://www.marketingforense.com). Bajado Enero 2008

Russo R. 2007. La relación médico-paciente y la enfermedad crónica. *Temas*.

Sánchez A. 2006. El problema de la adherencia en el tratamiento de la osteoporosis. *Actualizaciones en Osteología*, 2: 149-154.

Sackett DL, Snow JC. 1979. The magnitude of compliance and noncompliance. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL (Eds.). *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins;

Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S et al. 2004 Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *J Gen Intern Med*; 19: 1096-102.

Sherbourne C, Hays R, Ordway L et al. 1992 Antecedents of adherence to medical recommendations: Results from the medical outcomes study. *J. Behav Med*. 15: 447-467.

Recibido: 4 junio 2008. Aceptado: 15 febrero 2009.

### MedULA en Internet

[www.saber.ula.ve/medula](http://www.saber.ula.ve/medula); [www.latindex.org](http://www.latindex.org); [www.periodica.org](http://www.periodica.org); [www.doaj.org](http://www.doaj.org);  
[www.freemedicaljournals.com](http://www.freemedicaljournals.com); [www.fj4d.com](http://www.fj4d.com);  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extrev?codigo=7642>; [www.portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com);  
<http://web5.infotrac.galegroup.com>; [www.ebsco.com](http://www.ebsco.com); [www.monografias.com](http://www.monografias.com);  
[www.imbiomed.com](http://www.imbiomed.com); [www.indexcopernicus.com](http://www.indexcopernicus.com)