



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,  
Volumen 10, Número 4.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v10i4](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i4)

## **RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: IMPLICACIONES EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

**DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN PRIMARY CARE:  
IMPLICATIONS FOR THERAPEUTIC ADHERENCE**

**Yanelli Leticia Galicia Aguilar**

Unidad de Medicina Familiar N° 22 IMSS

**Raul Cilia Olivan**

Unidad de Medicina Familiar N° 22 IMSS

**Oscar Alberto Garcia Aguilar**

Unidad de Medicina Familiar N° 22 IMSS

**Armando Tino Parra**

Unidad de Medicina Familiar N° 22 IMSS

## Relación médico-paciente en atención primaria: implicaciones en la adherencia terapéutica

**Yanelli Leticia Galicia Aguilar<sup>1</sup>**

[yanelligalicia@gmail.com](mailto:yanelligalicia@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0004-4856-2894>

Unidad de Medicina Familiar N° 22 IMSS  
Teziutlán, Puebla, México.

**Raul Cilia Olivan**

[cilia.raul11@gmail.com](mailto:cilia.raul11@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0009-9804-9112>

Unidad de Medicina Familiar N° 22 IMSS  
Teziutlán, Puebla, México.

**Oscar Alberto Garcia Aguilar**

[oscargarcia.aguilar45@gmail.com](mailto:oscargarcia.aguilar45@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0001-0319-1266>

Unidad de Medicina Familiar N° 22 IMSS  
Teziutlán, Puebla, México.

**Sergio Carlos Fernández Martínez**

[sergio.fernandezm@imss.gob.mx](mailto:sergio.fernandezm@imss.gob.mx)

<https://orcid.org/0000-0001-5651-8026>

Unidad de Medicina Familiar N° 22 IMSS  
Teziutlán, Puebla, México.

**Armando Tino Parra**

[tinoyparra@gmail.com](mailto:tinoyparra@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-0256-7241>

Unidad de Medicina Familiar N° 22 IMSS  
Teziutlán, Puebla, México.

### RESUMEN

**Introducción:** ¿De qué manera la relación médico paciente en atención primaria influye en la disposición del paciente para seguir los tratamientos prescritos? La adherencia terapéutica representa un desafío crítico en el manejo de enfermedades crónicas, donde la dinámica interpersonal entre médico y paciente juega un papel determinante. **Objetivo:** Analizar el impacto de la calidad de la relación médico-paciente en atención primaria sobre los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. **Métodos:** Estudio observacional de corte transversal realizado en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 22 de Teziutlán, Puebla. Se aplicaron instrumentos validados para medir la calidad de la relación médico-paciente (PDRQ-9) y la adherencia terapéutica (escala Morisky-Green) en pacientes adultos con al menos un diagnóstico crónico. Se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial. **Resultados:** Se encontró correlación positiva significativa entre la calidad de la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica. Los pacientes que reportaron alta confianza, comunicación efectiva y empatía por parte de su médico presentaron tasas de adherencia hasta 40% superiores a quienes reportaron baja calidad relacional. **Conclusiones:** La calidad de la relación médico-paciente es un factor determinante en la adherencia terapéutica en atención primaria. Fortalecer las habilidades comunicativas y empáticas del médico puede representar una estrategia costo-efectiva para mejorar los desenlaces clínicos en pacientes crónicos.

**Palabras clave:** Relación médico-paciente; Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Atención primaria de salud; Enfermedad crónica

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [yanelligalicia@gmail.com](mailto:yanelligalicia@gmail.com)

# Doctor-patient relationship in primary care: implications for therapeutic adherence

## ABSTRACT

**Background:** How does the doctor-patient relationship in primary care settings influence patients' willingness to follow prescribed treatments? Therapeutic adherence remains a critical challenge in chronic disease management, where interpersonal dynamics between physician and patient play a decisive role. **Objective:** To analyze the impact of the doctor-patient relationship quality in primary care on therapeutic adherence levels in patients with chronic conditions. **Methods:** Observational, cross-sectional study conducted at Unidad Médico Familiar No. 22. Validated instruments were applied to measure relationship quality (PDRQ-9) and therapeutic adherence (Morisky-Green scale) in adult patients with at least one chronic diagnosis. Descriptive and inferential statistical analysis was performed. **Results:** A significant positive correlation was found between doctor-patient relationship quality and therapeutic adherence. Patients reporting high trust, effective communication, and empathy from their physician showed adherence rates up to 40% higher than those reporting poor relational quality. **Conclusions:** The quality of the doctor-patient relationship is a determining factor in therapeutic adherence in primary care. Strengthening communication skills and empathy in physicians may represent a cost-effective strategy to improve clinical outcomes in chronic patients.

**Keywords:** Physician-patient relations; Treatment adherence and compliance; Primary health care; Chronic disease

*Artículo recibido 13 mayo 2026  
Aceptado para publicación: 20 junio 2026*



## INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente (RMP) constituye el eje central de la práctica médica y representa uno de los elementos más estudiados en el campo de las ciencias de la salud. Desde los modelos clásicos descritos por Szasz y Hollender hasta los enfoques contemporáneos centrados en el paciente, esta relación ha evolucionado hacia un vínculo dinámico donde la comunicación, la confianza y la empatía determinan en gran medida los resultados clínicos obtenidos.<sup>1</sup>

En el contexto de la atención primaria de salud (APS), la RMP adquiere una dimensión especial, dado que es en este nivel donde se establece el primer contacto entre el individuo y el sistema de salud, y donde se gestiona la mayor parte de las enfermedades crónicas no transmisibles. Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónicas (EC) representan la principal causa de morbilidad a nivel mundial, siendo responsables de aproximadamente el 74% de las muertes globales anuales.<sup>2</sup> Su manejo efectivo depende, en buena medida, de que el paciente adopte y mantenga conductas terapéuticas sostenidas a lo largo del tiempo.

La adherencia terapéutica (AT) se define como el grado en que el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones acordadas con su prestador de salud, e incluye la toma de medicamentos, el seguimiento de dietas y la modificación de hábitos de vida.<sup>3</sup> Sin embargo, las cifras de AT en pacientes con EC son alarmantemente bajas: se estima que solo el 50% de los pacientes en países de ingresos altos sigue correctamente su tratamiento, cifra que disminuye considerablemente en contextos de menores recursos.<sup>4</sup>

Diversos factores influyen en la AT, entre ellos los relacionados con el sistema de salud, el tratamiento, las condiciones socioeconómicas y el propio paciente. No obstante, la evidencia señala que la calidad de la RMP es uno de los predictores más consistentes de una adecuada AT. Una comunicación efectiva, la percepción de ser escuchado y comprendido, así como la confianza depositada en el médico, han demostrado incrementar significativamente la probabilidad de que el paciente siga las indicaciones terapéuticas.<sup>5</sup>

A pesar de su relevancia, la RMP ha sido históricamente subestimada como objeto de intervención clínica en la APS. En México y América Latina, los estudios sobre esta temática son escasos y frecuentemente no consideran las particularidades culturales y estructurales de los sistemas de salud de



la región, lo que limita la aplicabilidad de los hallazgos internacionales.<sup>6</sup>

El propósito del presente artículo es analizar la relación entre la calidad de la RMP en unidades de APS y los niveles de AT en pacientes con EC, con la finalidad de identificar los componentes relacionales que mayor impacto tienen sobre el cumplimiento terapéutico y aportar evidencia que oriente estrategias de mejora en la práctica clínica.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional de corte transversal en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 22 de Teziutlán Puebla, México, durante el periodo comprendido entre noviembre 2025 hasta abril 2026.

### **POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de estudio estuvo conformada por pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de al menos una enfermedad crónica (EC) no transmisible diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial o dislipidemia con un mínimo de seis meses de seguimiento en la misma UMF. Se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo documentado, barreras idiomáticas o que no otorgaron su consentimiento informado. El tamaño de muestra se calculó mediante fórmula para proporciones con un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80% y una proporción esperada de adherencia terapéutica (AT) del 50%, resultando en un mínimo de 200 participantes, seleccionados mediante muestreo probabilístico sistemático.

### **VARIABLES E INSTRUMENTOS**

La variable independiente fue la calidad de la relación médico-paciente (RMP), medida mediante el cuestionario PDRQ-9 (Patient-Doctor Relationship Questionnaire), instrumento validado en población hispanohablante, compuesto por 9 ítems con escala Likert de 5 puntos, donde a mayor puntuación, mejor calidad relacional. La variable dependiente fue la AT, evaluada con la escala de Morisky-Green-Levine, ampliamente utilizada en APS, que clasifica la adherencia como adecuada o inadecuada mediante cuatro preguntas dicotómicas. Adicionalmente, se registraron variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil) y clínicas (diagnóstico principal, tiempo de evolución, número de medicamentos prescritos).



## **PROCEDIMIENTO**

La recolección de datos se realizó mediante entrevista directa aplicada por encuestadores capacitados, previa firma del consentimiento informado por parte de cada participante. Los instrumentos fueron aplicados en un área privada de la UMF para garantizar la confidencialidad de la información. Los datos fueron capturados en una base de datos electrónica con acceso restringido.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizó análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión según la naturaleza de cada variable. Para evaluar la asociación entre la calidad de la RMP y la AT se utilizó la prueba Chi cuadrada y el coeficiente de correlación de Spearman. Se calculó razón de momios (RM) con intervalos de confianza al 95% mediante regresión logística binaria, controlando por variables de confusión. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0.05$ . El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS versión 25.0.

## **DISPONIBILIDAD DE DATOS**

Los datos que respaldan los resultados de esta investigación están disponibles a solicitud razonada dirigida al autor de correspondencia, sujeto a restricciones éticas que protegen la privacidad de los participantes.

## **RESULTADOS**

Se realizó un estudio observacional de corte transversal en la Unidad de Medicina Familiar No. 22 de Teziutlán Puebla, México, durante el periodo comprendido entre noviembre 2025 hasta abril 2026.

Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se presentan en el Cuadro I.

**Cuadro I.** Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con enfermedades crónicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 22 de Teziutlán, Puebla.

| Característica               | n=210 | %    |
|------------------------------|-------|------|
| <b>Sexo</b>                  |       |      |
| Femenino                     | 131   | 62.4 |
| Masculino                    | 79    | 37.6 |
| <b>Grupo de edad (años)</b>  |       |      |
| 18-39                        | 21    | 10.0 |
| 40-59                        | 112   | 53.3 |
| ≥60                          | 77    | 36.7 |
| <b>Escolaridad</b>           |       |      |
| Sin escolaridad / Primaria   | 95    | 45.2 |
| Secundaria / Bachillerato    | 79    | 37.6 |
| Licenciatura o más           | 36    | 17.2 |
| <b>Diagnóstico principal</b> |       |      |
| Diabetes mellitus            | 88    | 41.9 |
| Hipertensión arterial        | 74    | 35.2 |
| DM + Hipertensión arterial*  | 48    | 22.9 |

\*DM: diabetes mellitus. Los porcentajes pueden no sumar 100% por redondeo.

Las puntuaciones obtenidas por ítem del cuestionario PDRQ-9 se detallan en el Cuadro II.

**Cuadro II.** Puntuaciones del cuestionario PDRQ-9 por ítem en pacientes con enfermedades crónicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 22 de Teziutlán Puebla.

| Ítem PDRQ-9                | Media       | DE         | Mín.      | Máx.      |
|----------------------------|-------------|------------|-----------|-----------|
| Accesibilidad del médico   | 4.1         | 0.7        | 2         | 5         |
| Disposición para escuchar  | 3.9         | 0.8        | 1         | 5         |
| Confianza en el médico     | 3.8         | 0.9        | 1         | 5         |
| Comprensión del problema   | 3.7         | 0.9        | 1         | 5         |
| Interés en el paciente     | 3.6         | 1.0        | 1         | 5         |
| Comunicación efectiva      | 3.5         | 1.0        | 1         | 5         |
| Acuerdo en el tratamiento  | 3.4         | 1.1        | 1         | 5         |
| Satisfacción general       | 3.3         | 1.0        | 1         | 5         |
| Tiempo dedicado a consulta | 3.1         | 1.0        | 1         | 5         |
| <b>Puntuación total</b>    | <b>32.4</b> | <b>6.8</b> | <b>14</b> | <b>45</b> |

DE: desviación estándar. Escala Likert de 1 a 5 puntos por ítem; puntuación total máxima de 45 puntos.

## PROCEDIMIENTO

La recolección de datos se realizó mediante entrevista directa aplicada por encuestadores capacitados, previa firma del consentimiento informado por parte de cada participante. Los instrumentos fueron aplicados en un área privada de las unidades de salud para garantizar la confidencialidad de la información. Los datos fueron capturados en una base de datos electrónica con acceso restringido.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión según la naturaleza de cada variable. Para evaluar la asociación entre la calidad de la RMP y la AT se utilizó la prueba Chi cuadrada y el coeficiente de correlación de Spearman. Se calculó razón de momios (RM) con intervalos de confianza al 95% mediante regresión logística binaria, controlando

por variables de confusión. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0.05$ . El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS versión 25.0. Los resultados de la asociación entre calidad de la RMP y la AT se presentan en el Cuadro III.

**Cuadro III.** Asociación entre calidad de la relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 22 de Teziutlán, Puebla.

| Calidad RMP              | AT adecuada n (%) | AT inadecuada n (%) | RM (IC 95%)      | p      |
|--------------------------|-------------------|---------------------|------------------|--------|
| Alta (PDRQ-9 $\geq 36$ ) | 77 (67.5)         | 37 (32.5)           | 3.82 (2.14-6.81) | <0.001 |
| Moderada (PDRQ-9 27-35)  | 18 (37.5)         | 30 (62.5)           | 1.58 (0.81-3.07) | 0.180  |
| Baja (PDRQ-9 <27)        | 6 (25.0)          | 42 (75.0)           | Referencia       | —      |

RMP: relación médico-paciente; AT: adherencia terapéutica; RM: razón de momios; IC: intervalo de confianza. Modelo ajustado por edad, sexo, escolaridad y diagnóstico principal.

## DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos que respaldan los resultados de esta investigación están disponibles a solicitud razonada dirigida al autor de correspondencia, sujeto a restricciones éticas que protegen la privacidad de los participantes.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se condujo conforme a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud de México en materia de investigación para la salud.

## DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio confirman que la calidad de la relación médico-paciente (RMP) es un predictor independiente y estadísticamente significativo de la adherencia terapéutica (AT) en pacientes con enfermedades crónicas (EC) atendidos en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 22 de Teziutlán, Puebla. Este hallazgo es consistente con la evidencia internacional acumulada durante las

últimas dos décadas, que sitúa a la RMP como uno de los determinantes más robustos del cumplimiento terapéutico, por encima incluso de variables como la complejidad del régimen farmacológico o la duración de la enfermedad.

## **RELEVANCIA CLÍNICA Y COMPARACIÓN CON LA LITERATURA**

La tasa global de AT adecuada encontrada en nuestra muestra (48.1%) es concordante con las estimaciones reportadas por la Organización Mundial de la Salud, que señalan que aproximadamente el 50% de los pacientes con EC en países de ingresos medios no sigue correctamente su tratamiento.<sup>7</sup> Este dato, lejos de ser alentador, evidencia que la mitad de los pacientes atendidos en el primer nivel de atención abandona o modifica su esquema terapéutico sin indicación médica, con las consecuencias clínicas que ello implica: descontrol metabólico, mayor riesgo de complicaciones y aumento en los costos de atención.

La asociación positiva entre alta calidad relacional ( $\text{PDRQ-9} \geq 36$ ) y AT adecuada ( $\text{RM}=3.82$ ; IC 95%: 2.14-6.81) es clínicamente relevante y replica los hallazgos de Zolnierek y DiMatteo, quienes en su metaanálisis de 106 estudios demostraron que los pacientes de médicos con habilidades comunicativas deficientes tenían un riesgo 19% mayor de incumplimiento terapéutico.<sup>8</sup> Nuestros datos amplían esta estimación al contexto latinoamericano de APS, sugiriendo que el efecto de la RMP sobre la AT podría ser incluso más pronunciado en entornos con mayor vulnerabilidad social y menor continuidad de la atención.

El ítem con puntuación más baja en el PDRQ-9 fue el tiempo dedicado a la consulta (media  $3.1 \pm 1.0$ ), hallazgo que coincide con estudios realizados en México y América Latina donde la brevedad de la consulta en el primer nivel frecuentemente menor a 10 minutos se identifica como una barrera estructural para establecer una RMP sólida.<sup>9</sup> Esta limitación sistémica trasciende la voluntad individual del médico y apunta a la necesidad de reformas organizacionales en la APS que prioricen la calidad sobre la cantidad de atenciones.

En cuanto a la AT por diagnóstico, los pacientes con diabetes Tipo 2 (DT2) presentaron la menor proporción de adherencia adecuada (41.0%), resultado que guarda coherencia con la literatura especializada. El manejo de la DT2 implica modificaciones conductuales complejas control dietético, actividad física, automonitoreo glucémico que demandan una relación de confianza sostenida y un



proceso educativo continuo que difícilmente puede consolidarse en consultas aisladas o fragmentadas.<sup>10</sup>

## **DISCREPANCIAS CON ESTUDIOS PREVIOS**

A diferencia de algunos estudios europeos que reportan tasas de AT superiores al 65% en APS,<sup>11</sup> nuestros resultados muestran cifras considerablemente más bajas. Estas diferencias pueden explicarse por factores contextuales: los sistemas de salud europeos cuentan con mayor continuidad en la atención, médicos de familia asignados y consultas de mayor duración. En el contexto mexicano, la fragmentación del sistema de salud, la alta rotación de médicos en unidades de primer nivel y las barreras geográficas y económicas dificultan la construcción de una RMP estable y longitudinal, condición que, según la evidencia, es requisito indispensable para una AT óptima.

Asimismo, la correlación de Spearman encontrada ( $r_s=0.48$ ) es moderada, lo que difiere de algunas revisiones sistemáticas que reportan correlaciones más altas entre comunicación médico-paciente y adherencia.<sup>12</sup> Esta diferencia puede atribuirse a la naturaleza multifactorial de la AT: aunque la RMP es un predictor relevante, factores como el costo de los medicamentos, las creencias sobre la enfermedad, el apoyo social y los efectos adversos del tratamiento también contribuyen de manera significativa, y no fueron el objeto central del presente estudio.

## **IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Los resultados sugieren que intervenciones orientadas a fortalecer la calidad de la RMP como la capacitación en comunicación efectiva, la implementación de consultas centradas en el paciente y el uso de entrevista motivacional podrían traducirse en mejoras significativas en la AT, sin requerir necesariamente cambios en el esquema farmacológico. Desde una perspectiva de salud pública, mejorar la RMP en APS representa una estrategia costo-efectiva para reducir la carga de las EC, dado que el primer nivel de atención concentra la mayor parte de los contactos entre el sistema de salud y la población con padecimientos crónicos.

## **LIMITANTES DEL ESTUDIO**

El diseño transversal del estudio no permite establecer causalidad entre la calidad de la RMP y la AT; únicamente confirma la existencia de una asociación estadística. Es posible que la relación sea bidireccional: pacientes más adherentes podrían generar interacciones más positivas con su médico, lo que a su vez refuerza la adherencia (causalidad inversa). Estudios longitudinales serían necesarios para

clarificar la dirección de esta relación.

La medición de la AT mediante la escala de Morisky-Green-Levine, si bien es ampliamente utilizada y validada, es un instrumento de autorreporte susceptible de sesgo de deseabilidad social: los pacientes pueden declarar mayor adherencia de la real para evitar juicios negativos por parte del médico o del encuestador. En estudios futuros sería recomendable complementarla con marcadores bioquímicos o registros de dispensación farmacéutica.

La muestra fue obtenida en La Unidad de Medicina Familiar No.22 de Téziutlán correspondiente al estado de Puebla, lo que limita la generalización de los resultados a otras regiones del país con diferentes condiciones sociodemográficas, culturales y de organización del sistema de salud. Adicionalmente, al excluirse pacientes con deterioro cognitivo y barreras idiomáticas, los hallazgos no son extrapolables a estas poblaciones, que frecuentemente presentan los mayores desafíos en materia de AT.

Finalmente, el cuestionario PDRQ-9 evalúa la percepción del paciente sobre la RMP en un momento determinado, sin considerar la evolución de dicha relación a lo largo del tiempo ni las variaciones interconsulta. La percepción relacional es dinámica y puede verse influida por el estado emocional del paciente el día de la entrevista, lo que introduce un grado de variabilidad que el instrumento no captura en su totalidad.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio aporta evidencia empírica relevante sobre un fenómeno escasamente documentado en el contexto mexicano, y sienta las bases para el diseño de intervenciones estructuradas orientadas a fortalecer la RMP como estrategia de mejora de la AT en el primer nivel de atención.

## **CONCLUSIONES**

### **RESPUESTA A LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

La calidad de la relación médico-paciente (RMP) en el primer nivel de atención tiene una asociación positiva, significativa e independiente con la adherencia terapéutica (AT) en pacientes con enfermedades crónicas (EC). Los pacientes que perciben una relación de alta calidad con su médico caracterizada por confianza, comunicación efectiva y empatía tienen casi cuatro veces más probabilidad de seguir adecuadamente su tratamiento en comparación con quienes reportan una relación de baja calidad. Esto responde directamente a la pregunta de investigación planteada y confirma el objetivo del estudio, en



consonancia con la evidencia acumulada que identifica a la comunicación clínica como determinante central del cumplimiento terapéutico.<sup>13,14</sup>

## **IMPACTO CLÍNICO Y EN SALUD PÚBLICA**

Los hallazgos tienen implicaciones directas para la organización de los servicios de atención primaria de salud (APS) en México. Dado que la AT inadecuada en EC se asocia con mayor morbilidad, hospitalizaciones evitables y mayor gasto en salud, cualquier intervención que mejore la RMP tiene el potencial de generar un impacto clínico y económico significativo a nivel poblacional.<sup>15,16</sup> La evidencia generada posiciona a la RMP no como un elemento secundario o subjetivo de la consulta, sino como una intervención terapéutica en sí misma, cuyo fortalecimiento debe integrarse en las políticas de formación médica continua, en los modelos de evaluación del desempeño clínico y en los criterios de calidad de las unidades de APS.

Las intervenciones centradas en mejorar la comunicación médico-paciente han demostrado ser efectivas para incrementar la AT en diversas condiciones crónicas, incluyendo hipertensión arterial, diabetes tipo 2 (DT2) y enfermedades crónicas en general.<sup>17,18</sup> Su implementación sistemática en el primer nivel de atención mexicano representa, por tanto, una oportunidad concreta y costo-efectiva para reducir la brecha de adherencia identificada en este estudio.

El hallazgo de que el tiempo dedicado a la consulta fue el componente peor evaluado de la RMP señala una brecha estructural urgente. La brevedad de la consulta en el primer nivel de atención limita la construcción de vínculos terapéuticos sólidos y constituye un obstáculo evitable para la AT.<sup>19</sup> Su atención requiere decisiones de política sanitaria que trasciendan el ámbito clínico individual y que consideren la reorganización del modelo de atención en APS.

En el caso particular de los pacientes con DT2, cuya AT adecuada fue la más baja del estudio, la evidencia sugiere que la alianza terapéutica y la participación activa del paciente en las decisiones clínicas son factores protectores que deben promoverse de manera sistemática.<sup>20,21</sup> El fortalecimiento de estos elementos en la consulta de primer nivel podría contribuir significativamente al control metabólico y a la prevención de complicaciones en esta población.

## **OPORTUNIDADES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES**

Los resultados de este estudio abren varias líneas de investigación relevantes. En primer lugar, el diseño



de estudios longitudinales permitiría determinar la dirección causal de la relación entre la calidad de la RMP y la AT,<sup>22</sup> así como identificar en qué momentos del proceso de atención la relación ejerce mayor influencia sobre el comportamiento terapéutico del paciente.

En segundo lugar, se requieren estudios de intervención preferentemente con asignación aleatoria que evalúen el efecto de programas de capacitación en comunicación clínica y entrevista motivacional sobre la AT en unidades de APS, con seguimiento a mediano y largo plazo.<sup>23,24</sup> Dichos estudios deberían incorporar indicadores objetivos de adherencia como el control glucémico, la presión arterial o el perfil lipídico para complementar los datos de autorreporte y ofrecer una medición más robusta del fenómeno. En tercer lugar, sería valioso explorar el papel mediador de variables como la satisfacción del paciente, la percepción de autoeficacia y el apoyo social en la relación entre la calidad de la RMP y la AT,<sup>25,26</sup> con el fin de identificar los mecanismos a través de los cuales el vínculo médico-paciente impacta en el comportamiento terapéutico.

Finalmente, ampliar el alcance geográfico del estudio hacia otras regiones de México y países de América Latina permitiría determinar si los hallazgos aquí reportados son generalizables a otros contextos, y si las particularidades culturales, organizacionales y socioeconómicas de cada sistema de salud modifican la magnitud de la asociación identificada. La traducción de la evidencia científica en estrategias de mejora concretas y sostenibles para los sistemas de salud de la región sigue siendo un reto central que esta línea de investigación puede contribuir a resolver.<sup>27</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med.* 1956;97(5):585-592. doi:10.1001/archinte.1956.00250230079008
- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2024 mayo 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Sabaté E, editor. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Demonceau J, Ruppar T, Dobbels F, et al. A new taxonomy for



- describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;73(5):691-705. doi:10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x
- Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826-834. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
- Frenk J, Gómez-Dantés O. La globalización y la nueva salud pública. *Salud Publica Mex*. 2007;49(2):156-164. doi:10.1590/S0036-36342007000200009
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington D.C.: OPS; 2014.
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997;277(7):553-559. doi:10.1001/jama.1997.03540310051034
- Nigenda G, González-Robledo LM, Juárez-Ramírez C, Ruiz-Larios JA. Consulta médica en unidades de primer nivel del sistema de salud mexicano: tiempo y calidad. *Salud Publica Mex*. 2014;56(4):385-393. doi:10.21149/spm.v56i4.7354
- Polonsky WH, Henry RR. Poor medication adherence in type 2 diabetes: recognizing the scope of the problem and its key contributors. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1299-1307. doi:10.2147/PPA.S106821
- Inui TS, Carter WB. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Med Care*. 1985;23(5):521-538. doi:10.1097/00005650-198505000-00006
- Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38-43. PMID: 21603354.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-1433. PMID: 7728691.
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989;27(3 Suppl):S110-127. doi:10.1097/00005650-198903001-00010
- Beach MC, Inui T; Relationship-Centered Care Research Network. Relationship-centered care: a constructive reframing. *J Gen Intern Med*. 2006;21(Suppl 1):S3-8. doi:10.1111/j.1525-



- Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. *Med Care.* 2007;45(4):340-349. doi:10.1097/01.mlr.0000254516.04961.d7
- Schoenthaler A, Chaplin WF, Allegrante JP, Mullins-Bynes T, Ioannidis M, Roberson-Glenn L, et al. Provider communication effects medication adherence in hypertensive African Americans. *Patient Educ Couns.* 2009;75(2):185-191. doi:10.1016/j.pec.2008.09.018
- Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HW, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(2):115-120. doi:10.1016/j.genhosppsy.2003.08.009
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007
- Fuertes JN, Mislouack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns.* 2007;66(1):29-36. doi:10.1016/j.pec.2006.09.013
- Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med.* 2002;17(4):243-252. doi:10.1046/j.1525-1497.2002.10905.x
- Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001;26(5):331-342. doi:10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x
- Dang BN, Westbrook RA, Black WC, Rodriguez-Barradas MC, Giordano TP. Examining the link between patient satisfaction and adherence to HIV care: a structural equation model. *PLoS One.* 2013;8(1):e54729. doi:10.1371/journal.pone.0054729
- Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach. *Diabetes Care.* 2015;38(1):140-149. doi:10.2337/dc14-2441
- Flickinger TE, Saha S, Moore RD, Beach MC. Higher quality communication and relationships are



associated with improved patient engagement in HIV care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;63(3):362-366. doi:10.1097/QAI.0b013e318295b86a

Ogedegbe G, Chaplin W, Schoenthaler A, Statman D, Berger D, Richardson T, et al. A practice-based trial of motivational interviewing and adherence in hypertensive African Americans. *Am J Hypertens*. 2008;21(10):1137-1143. doi:10.1038/ajh.2008.240

Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-1230. doi:10.1016/S0140-6736(03)14546-1

