



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR INSTITUTO

MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 92 ECATEPEC DE MORELOS ESTADO DE
MÉXICO

**ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y RELACIÓN
MÉDICO PACIENTE EN ADULTOS DE 18 A 70 AÑOS CON ARTRITIS
REUMATOIDE DE LA UMF 92**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MORENO MELO CRISTIAN

Registro de autorización: R-2020-1401-057

ESTADO DE MÉXICO 2022



Asesor: M en Educ. Olivia Reyes Jiménez
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y RELACIÓN MEDICO
PACIENTE EN ADULTOS DE 18 A 70 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE
LA UMF 92**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MORENO MELO CRISTIAN

AUTORIZACIONES



IMSS
DELEG. DEL ESTADO DE MEXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN
Y ENLACE INSTITUCIONAL
EDUCACIÓN EN SALUD

M EN EDUC. MUÑOZ REYNA PEDRO ALBERTO

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN ORIENTE
ESTADO DE MEXICO

E EN MF RAMIREZ VALDEZ RODRIGO

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 92
DELEGACIÓN ORIENTE ESTADO DE MÉXICO

M EN EDUC OLIVIA REYES JIMENEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 92



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

**ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y RELACIÓN MEDICO
PACIENTE EN ADULTOS DE 18 A 70 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE
LA UMF 92**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

MORENO MELO CRISTIAN

AUTORIZACIONES

E EN MF LUIS ENRIQUE VASCONCELOS ARZOLA

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 92

E EN MF BENJAMIN ESTRADA HERNANDEZ

ASESOR DE TESIS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

E EN REUMA ESTEBAN GARRIDO ALARCÓN

ASESOR DE TESIS

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 196

M EN EDUC OLIVIA REYES JIMENEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 92

ECATEPEC DE MORELOS ESTADO DE MÉXICO 2022

**ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y RELACIÓN MEDICO
PACIENTE EN ADULTOS DE 18 A 70 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE
LA UMF 92**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MORENO MELO CRISTIAN

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1401,
H. GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Jueves, 03 de diciembre de 2020

Dra. OLIVIA REYES JIMENEZ

P R E S E N T E


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y RELACIÓN MEDICO PACIENTE EN ADULTOS DE 18 A 70 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 92** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2020-1401-057

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

[Imprimir](#)

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

DEDICATORIA

A mis padres Ruben y Enedina por todo su apoyo incondicional, su paciencia y su cariño durante este camino les agradezco infinitamente por acompañarme.

A mi hermano Adrian y su familia por estar en los momentos felices y en los difíciles, por todo su apoyo incondicional.

A mi amor Katia por inspirarme cada día a ser mejor persona, por estar a mi lado estos tres años, por tu paciencia y cariño Ti amo.

A todos los doctores que en el hospital y en la clínica me guiaron y apoyaron en el camino. A la doctora Olivia, el doctor Benjamin y el doctor Esteban por su paciencia y dedicación como asesores.

A todos mis compañeros quienes voluntaria o involuntariamente apoyaron en la realización de esta tesis. Lo logramos!

Cristian

ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y RELACIÓN MEDICO PACIENTE EN ADULTOS DE 18 A 70 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 92

Índice

I	Marco teórico.....	9
II	Justificación.....	17
III	Planteamiento del problema.....	18
IV	Objetivos.....	19
V	Hipótesis.....	19
VI	Material y métodos.....	19
1	Características donde se realiza el estudio	19
2	Diseño del estudio.....	19
2.1	Tipo de estudio.....	19
2.2	Universo de trabajo.....	20
2.3	Tamaño de la Muestra.....	22
2.4	Definición operacional de las variables	23
2.5	Descripción general del estudio.....	24
2.6	Análisis de datos.....	26
VII	Consideraciones Éticas.....	27
VIII	Recursos humanos y financieros.....	28
IX	Resultados.....	30
X	Discusión.....	37
XI	Conclusiones.....	39
XII	Recomendaciones.....	39
XIII	Bibliografía.....	41
XIV	Anexos.....	45

RESUMEN ESTRUCTURADO

Asociación entre adherencia terapéutica y relación médico paciente en adultos de 18 a 70 años con artritis reumatoide de la UMF 92.

Autores: Moreno MC¹, Reyes JO², Estrada HB³, Garrido AE⁴.

Antecedentes: Estudios han demostrado que pacientes con artritis reumatoide pueden tener baja adherencia al tratamiento debido a factores como complejidad de los esquemas, costos, temor a efectos adversos de los medicamentos. Una relación médico paciente adecuada puede mejorar la adherencia.

Objetivo: Asociar la adherencia terapéutica y la relación médico paciente en adultos de 18 a 70 años con artritis reumatoide de la UMF 92.

Metodología: Estudio transversal, analítico, prospectivo, en 242 pacientes de 18 a 70 años adscritos a la UMF 92 en un periodo de 2 meses, previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud y firma de la carta de consentimiento informado por el paciente. Se aplicaron 2 encuestas: El Patient Doctor Relationship Questionnaire 9 y el Test de Morisky Green de 8 ítems. Posterior a la recolección de los datos, se procedió a vaciar los datos en SPSS para su análisis e interpretación.

Resultados: Un 38% (92) participantes tienen una alta adherencia mientras que 74.7% (181) tienen una buena relación médico paciente. Utilizando la rho de Spearman se encontró una asociación de 0.68 calificada como positiva moderada con significancia estadística de 0.01.

Conclusiones: Se acepta la hipótesis de trabajo. Hay una asociación existente, condicionada por otros factores no relacionados con la atención médica como tiempo de evolución de la patología, edad del paciente, redes de apoyo, disponibilidad de los medicamentos, los cuales deben ser estudiados.

Palabras clave: **Artritis reumatoide, adherencia terapéutica, relación médico paciente.**

1 Médico residente

2 Médico especialista en medicina familiar

3 Médico especialista en medicina familiar

4 Médico especialista en reumatología

I.- MARCO TEÓRICO

La artritis reumatoide se define como enfermedad crónica inflamatoria de las articulaciones que ocasiona daño a nivel cartilaginoso y óseo, así como discapacidad. Ocasiona daño principalmente en articulaciones, sin embargo también incluye manifestaciones extraarticulares, como nódulos reumatoideos, afectaciones pulmonares, vasculares y diversas comorbilidades.¹

A nivel mundial en Europa y Norteamérica se estima en 0.5 a 1%, aunque se espera un aumento debido al envejecimiento de la población y la baja en las tasas de mortalidad. Se clasifica como la enfermedad 42 en un listado de enfermedades a las cuales se les atribuye causa de discapacidad a nivel global con presencia de una morbilidad doblemente mayor en mujeres que hombres.²

En México la prevalencia de la enfermedad es de 1.6% en población en general siendo el principal motivo de consulta en el servicio de reumatología. En regiones urbanas es menor (1%) para Ciudad de México y (0.7%) para Nuevo León, por otro lado otros estudios Garzón y col. en 2005 encontraron una prevalencia en San Luis Potosí de 2.61%. Abud-Mendoza en 2001 reportaron que la tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes era de 35.9 en mujeres y de 14.3 en hombres coincidiendo con los datos reportados a nivel mundial. El impacto económico generado por la Artritis reumatoide en México ascendió a \$610 dólares (costos del 2005) lo cual equivaldría a 15% del ingreso familiar. Institucionalmente el costo por paciente/año equivale a \$1,724.00 dólares. Así mismo, 80% de adultos en edad de trabajar presentan dolor incapacitante. Entre 30 y 40% de los pacientes presentará incapacidad laboral a los 5 años y más de 50% sufrirá discapacidad grave a los 10 años.³

Dentro de las manifestaciones clínicas, la manifestación principal es dolor en las articulaciones afectadas que se agrava con el movimiento. Es frecuente el dolor relacionado con periodos de inactividad, otros síntomas relacionados son debilidad, fatigabilidad fácil, anorexia y pérdida de peso. Clínicamente la articulación afectada causa edema, hipersensibilidad y limitación del movimiento. Cuando la inflamación es persistente aparecen deformidades debidas a la laxitud de las estructuras de apoyo de las partes blandas. Las deformidades características de la mano son: desviación radial a nivel de la muñeca, con desviación cubital de los dedos, a menudo subluxación palmar de las falanges proximales (deformidad en Z); hiperextensión de las articulaciones interfalángicas proximales con flexión compensadora de las articulaciones interfalángicas distales (deformidad en cuello de cisne); deformidad por flexión de las articulaciones interfalángicas

proximales y, por extensión, de las interfalángicas distales (deformidad “en botón”), e hiperextensión de la primera articulación metacarpofalángica, con la consiguiente pérdida de movilidad del pulgar y de su capacidad de prensión. ⁴

Dentro del espectro clínico encontramos manifestaciones extraarticulares que incluyen: nódulo subcutáneo que es la manifestación más común de manifestación extraarticular, se localiza más frecuentemente en zonas de presión como codo, antebrazo, región sacra y aquiliana. Otras manifestaciones pueden ser cutáneas como eritema palmar y fragilidad que se presenta en la piel; neurológicas: neuropatía periférica por compresión de la sinovia; pulmonares afección pleural reumatoidea, granulomas pulmonares; cardíacas cuya manifestación más común es la pericárdica daño valvular y aparición de arritmias y alteraciones músculo esqueléticas que pueden ser síndrome de túnel del carpo o tarso. ⁵

Como tratamiento se han utilizado fármacos modificadores de la enfermedad (FARMES) que incluye el metotrexate, antimaláricos, leflunomida, sulfasalazina. También se encuentran nuevos medicamentos como la terapia biológica o FARME biológicos. Hay evidencia de que iniciar tempranamente medidas farmacológicas tendrá mejores desenlaces, es decir iniciar el tratamiento en fases tempranas de la enfermedad tendrá mejor respuesta y se logrará alterar la evolución natural de la enfermedad o el retorno de la misma. ⁶

La artritis reumatoide afecta áreas de la vida como el bienestar físico, emocional, relaciones familiares, personales y la vida laboral. Existe pérdida de la independencia y deterioro de las relaciones sociales y familiares. Esta patología se acompaña también de trastornos psicológicos, como depresión y ansiedad, alteración de la vida sexual, pérdida de la autoestima y dificultad de la interacción social. A su vez tiene repercusiones en los cuidadores representando una carga emocional con sentimientos de culpa, ausentismo laboral y aislamiento social. Estos son motivos suficientes para establecer un tratamiento de forma temprana y sobre todo seguirlo de forma puntual para retrasar las complicaciones. ⁷

La relación médico paciente, se define como una interacción asimétrica, interpersonal y profesional conducida por factores socioculturales y en planos intelectual, técnico, ético y afectivo, también participan factores jurídicos y económicos. En esta interacción los protagonistas son el profesional de salud y el paciente, principalmente y el éxito de la misma influirá en el estado de salud del paciente. ⁸

Históricamente se pueden describir 3 eras de la relación médico paciente. Las cuales se fueron transformando conforme el avance y desarrollo de la sociedad las cuales mencionamos a continuación:

- Paternalismo que duró aproximadamente 1000 años centraba sus cuidados en el manejo de los síntomas más que en la cura, en este periodo era común que el paciente centrará toda la confianza en el médico siguiendo fielmente las indicaciones para el cuidado de la salud.
- Autonomía inicia al final de la segunda guerra mundial, esta era se centra en el manejo de síntomas y la cura, sin embargo se deja de lado la prevención, aquí inicia un movimiento por los derechos de los pacientes y el desarrollo consentimiento informado.
- Burocracia inicia en los años 90 se centra en en los costos económicos de la salud, en esta era se ven afectados tanto médico como paciente ya que las decisiones importantes de diagnóstico y tratamiento no dependen de ellos sino de terceros que proporcionen el recurso económico para llevarse a cabo. ⁹

Una adecuada relación médico paciente en un marco de confianza puede tener un efecto terapéutico tal como la entrevista clínica lo tiene por sí sola, para ello, es necesario de disponer de tiempo para escuchar al paciente, explorarlo, realizar una anamnesis adecuada, explicar al paciente y sus familiares el padecimiento y el tratamiento así como sus posibles efectos adversos. Acortar el tiempo de la consulta repercute en esta relación. ¹⁰ El profesional de la medicina requiere además de preparación técnica-científica, una actitud humanista, la cual permitirá al médico entender factores del entorno del paciente y cómo influyen en su enfermedad. Esta actitud empática es fundamental para establecer una buena relación médico paciente. ¹¹

Por otro lado, analizando el papel del paciente se conocen 3 categorías de comportamiento para la operacionalización de la participación de los pacientes en la relación médico paciente. 1) Conductas de búsqueda y verificación de la información (preguntar) el paciente inicia una búsqueda personal de información respecto a su patología y corrobora y contrapone lo obtenido con la información proporcionada por el médico; 2) Declaración asertiva (elegir preferencias o expresar opiniones) el paciente es capaz de elegir el camino a seguir respecto a su patología; 3) Expresar emociones o preocupaciones sobre su patología, el proceso diagnóstico, el tratamiento a seguir y el pronóstico. A este respecto en el estudio de la participación de los pacientes en la relación médico paciente, se ha demostrado que una mayor participación genera más satisfacción en la relación. También

se sabe que una participación activa por parte de los pacientes genera mayor participación en el médico pues este proporciona más información y se crean asociaciones de apoyo.¹²

Algunos autores se refieren a la participación activa del paciente como “empoderamiento del paciente” y refuerzan la idea que esta actitud se asocia a resultados clínicos positivos, incluyen mejor manejo de la enfermedad, uso efectivo de los servicios de salud, mejora en el estado de la salud y adherencia al tratamiento. Sin embargo, los pacientes mejor capacitados pueden tomar decisiones anulando la prescripción médica. Esto requiere de un análisis más profundo, además refuerza la idea que una relación médico paciente adecuada, en la cual la confianza en el médico, su conocimiento y su perspicacia para tomar las decisiones adecuadas, reduzca las dudas de los pacientes respecto a la efectividad del tratamiento.¹³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Dicho comportamiento incluye acciones como tomar medicamento, seguir una dieta, o hacer cambios al estilo de vida.¹⁴

La adherencia tiene 3 componentes. El primero es la iniciación se refiere a la primera toma del medicamento por parte del paciente, en esta etapa el paciente acepta que necesita el medicamento y establece horarios para la toma, además de acoplarlo para su vida. El segundo es implementación en esta se determina si la dosis que ingiere el paciente es la misma que prescribió el profesional, de principio a fin. El tercero es la interrupción en la cual ya no se ingiere más el medicamento.¹⁵

Algunos autores se refieren a la falta de adherencia como adherencia deficiente y la explican como dificultad de iniciar tratamiento, suspensión o abandono de los mismos, o de la terapia prescrita, es interesante mencionar que también incluyen en esta definición los errores tanto en dosis, como en hora de ingerirlas y los cambios en el estilo de vida, además de postergar los estudios clínicos solicitados para su padecimiento.¹⁶ A la falta de adherencia al tratamiento se le atribuyen los altos índices de morbimortalidad e incluso la pérdida de la calidad de vida en el paciente, también se le atribuye el impacto económico por los costos que recaen en el sistema de salud. Se estima que la falta de adherencia en la última década tiene una prevalencia de 59% y que las hospitalizaciones secundarias a complicaciones por falta de adherencia oscilan entre 33 y 69%.¹⁷

Diversos autores han propuesto clasificaciones para la falta de adherencia al tratamiento entre las cuales encontramos: Intencionada, cuando el paciente manifiesta clara voluntad de no tomar el medicamento, no intencionada cuando el paciente no toma el medicamento por olvido o algún impedimento físico o mental. Otra clasificación de acuerdo a la actitud del paciente: Primaria cuando el paciente ni siquiera compra o recoge su medicamento, secundaria cuando el paciente adquiere el medicamento sin embargo posteriormente abandona el tratamiento. También podemos clasificarla como: incumplimiento parcial el paciente se adhiere en algunos momentos, incumplimiento esporádico incumplen en ciertos momentos, incumplimiento secuencial el paciente abandona el tratamiento cuando se siente bien posteriormente lo retoma, incumplimiento completo cuando el abandono es de forma indefinida.¹⁸

En artritis reumatoide los factores de mal apego se pueden dividir en modificables y no modificables. En los primeros encontramos efectos adversos, complejidad del esquema de tratamiento y dosis, la percepción sobre la efectividad del tratamiento en el alivio de su padecimiento. En los no modificables se encuentran características principalmente sociodemográficas del paciente. También tenemos factores de buen apego en el cual destaca mayor apoyo por parte del profesional y la familia.¹⁹

Finalmente en diversos estudios se han planteado algunas Recomendaciones para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con patologías crónicas, específicamente en el citado artículo se rescatan las siguientes:

- Fomentar lograr y mantener la adecuada relación médico paciente.
- Informar al paciente sobre su enfermedad, escuchar su punto de vista y tomar en cuenta los deseos del paciente.
- Facilitar la comunicación con el paciente para que exprese, ideas, preocupaciones opiniones etc.
- Trabajar directamente y de forma preventiva con el paciente incumplidor, además evitar culpar al mismo.
- Trabajar activamente con el paciente y su familia para promover la cooperación y responsabilidad, haciendo énfasis en que la adherencia repercutirá en una mejor calidad de vida.²⁰

Para la medición de la adherencia terapéutica existen algunos instrumentos entre los que destacan: El test de Morisky uno de los más utilizados consta de 4 preguntas en su versión original y en 2008 se añadieron 4 más relacionados a la infrautilización, ha sido utilizado en diferentes patologías crónicas y en diferentes tipos de poblaciones. Además cuenta con alta

concordancia con la realidad sobre la adherencia terapéutica. Lo característico es la simplicidad de sus respuestas Sí/No. ²¹

El cuestionario de cumplimiento en reumatología (Compliance Questionnaire on Rheumatology CQR) tiene una sensibilidad del 98% y especificidad del 67%, En este 0 significa total falta de adherencia y 100 perfecta adherencia consta de 19 ítems. Sin embargo aún no se encuentra validado para uso en nuestra población, además que algunos ítems cuentan con preguntas específicas sobre el actuar del reumatólogo. ²²

El cuestionario estructurado semiabierto, llamado PREMEPA (percepción de la relación médico-paciente). Consta de 3 bloques el primero conformado por 14 preguntas. Tiene una validación y evaluación en confiabilidad (consistencia interna) por la fórmula de Kucler-Richardson ($K=0,833$, índice de fiabilidad de 91.3%) Ha sido aplicado en Perú por Núñez y colaboradores en su estudio Relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente en el hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2014. Interpretación Relación médico paciente adecuada aquella con puntaje mayor o igual a 15. Relación médico paciente inadecuada aquella con puntaje menor o igual a 8. Relación médico paciente medianamente adecuada puntaje intermedio (9 a 14) ²³

El Cuestionario Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Contiene 21 ítems divididos en 3 factores:1.- Control de la ingesta de medicamentos y alimentos 2.- Seguimiento médico conductual 3.- Autoeficacia El instrumento tiene un Alpha de Cronbach de .919 lo que significa que es fiable en un 92%. Fue aplicado en México por Rocío Soria Trujano y colaboradores en su estudio Interacción médico paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. en 2011. El promedio de valor más cercano a 100 significa que el paciente es más adherente al tratamiento. ²⁴

Algunos autores han publicado estudios similares al planteado en esta tesis entre los cuales tenemos una revisión realizada por Vangeli en 2015 en donde se analizaron 73 estudios relacionados con factores que intervienen en la baja adherencia al tratamiento de artritis reumatoide y se concluyó que la relación con mayor consistencia fue la establecida entre mala adherencia al tratamiento y factores psicosociales entre los cuales se incluye el impacto de la relación médico paciente, las percepciones sobre la autoeficacia y la depresión. ²⁵

Otro estudio realizado por Gadallah en 2015 en Los Ángeles California descriptivo transversal en 140 pacientes se aplicó el test de Morisky obteniendo como resultado que

90.6% de los pacientes fueron clasificados como adherentes bajos y 9.4% adherentes moderados. Destaca que los factores que influyen en la baja adherencia al tratamiento se encuentran el miedo a los efectos secundarios, falta de disponibilidad de medicamentos en hospitales y el costo. También destaca que pacientes jóvenes tienen más probabilidad de ser adherentes al tratamiento. ²⁶

Por su lado en 2016 Arshad con 100 pacientes se realizó una entrevista directa en la cual se definió como no adherentes la omisión de 3 o más dosis prescritas de metotrexate en las 8 semanas previas. Además se cuestionó los factores que motivaron la adherencia como la no adherencia. Los resultados obtenidos indican que el 23% no tuvo buena adherencia, de estos se encontró que cuentan con características como actividad de la enfermedad mayor, y uso por más tiempo de Metotrexate. De los factores que influyen en la adherencia se encontró un buen asesoramiento y educación por parte del médico. De los factores para la no adherencia se encontró falta de accesibilidad y disponibilidad del tratamiento, falta de apoyo familiar y falta de conciencia sobre la necesidad y la importancia de Metotrexate. ²⁷

En Europa en 2009 en 228 usuarios de fármacos modificadores de la enfermedad en quienes se aplicó el cuestionario de cumplimiento en reumatología (CQR) y la Escala de adherencia a los medicamentos (MARS). Se obtuvieron resultados de 68 y 60% de adherencia respectivamente dependiendo del instrumento utilizado, y se encontraron asociaciones débiles de factores como percepción de la enfermedad, el número de efectos secundarios y las creencias sobre la necesidad del medicamento con la adherencia. ²⁸

Por su parte Thurah en Dinamarca en 2010 Realizaron un estudio en 126 pacientes mediante el cuestionario de cumplimiento en reumatología (CQR) en el cual se destacó que durante el primer año de tratamiento con metotrexate se explica por las percepciones del paciente sobre la necesidad del tratamiento. ²⁹

Sin embargo, no podemos dejar de lado que la falta de adherencia es multifactorial, es por ello que debemos personalizar las estrategias para mejorar la adherencia dependiendo de cada persona. Existen diferentes tipos de estrategias entre las cuales destacamos: estrategia educativa conductual personalizada, atendiendo las causas identificadas en cada paciente, también puede ser en terapia grupal y presentarle al paciente estrategias para recordar la toma de sus medicamentos, es importante aclarar dudas sobre el padecimiento y el tratamiento para mejorar la confianza del paciente. También existen otras estrategias aplicables como son en familia, buscando el apoyo familiar para mejorar la salud del

paciente, en técnica que consiste en simplificar en medida posible la toma de medicamentos y una enfocada en la actualización del personal de salud para que pueda ofrecer mejores esquemas terapéuticos.³⁰

II. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio fue realizado por un médico residente de la especialidad de Medicina Familiar perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social su realización contribuye al análisis sobre la relación entre el médico y el paciente y cómo influye en la adherencia al tratamiento en los pacientes con artritis reumatoide.

Para el residente aportó experiencia teórico práctica para la realización de protocolos de investigación, mismos que apoyaron y estimularon el interés para seguir con la actividad de investigación, buscando innovar y hacer aportaciones significativas para el conocimiento.

Para el instituto el estudio sirvió para comprender uno de los factores que influyen en la baja adherencia terapéutica en pacientes con padecimientos crónicos, especialmente en artritis reumatoide. Dicho padecimiento representa para el paciente un deterioro de sus relaciones personales, laborales y familiares, además de afectar diversas áreas de su vida pues afecta su independencia para realizar actividades básicas.⁷

Conocer esta relación nos puede ayudar a planear estrategias de apoyo para mejorar la relación médico paciente y consecuentemente adherencia en estos pacientes ejemplo de ello la estrategia para el personal sanitario que está enfocada en la actualización constante del personal de salud para dar un tratamiento adecuado, además de capacitación para transmitir el conocimiento acerca del padecimiento y adaptarlo al paciente para mejorar el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del mismo.³⁰ Tratar este problema reduce el riesgo de complicaciones por consiguiente reduce costos para el tratamiento de las mismas.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica degenerativa e inflamatoria de las articulaciones que ocasiona daños a nivel óseo, cartilaginoso. Esta enfermedad ocasiona daño en articulaciones principalmente y discapacidad a mediano y largo plazo.

Trascendencia: Tiene una incidencia por 100,000 habitantes de 35.9 en mujeres y 14.3 en hombres. Tiene un impacto económico por paciente de \$610.00 dólares afectando directamente al ingreso familiar. Institucionalmente representa un gasto por año de \$1,724.00 dólares, además de afectar al 80% de adultos en edad reproductiva debido al dolor incapacitante.³

Magnitud: En el mundo representa 1% de prevalencia², en México representa 1.6% de prevalencia en la población general con predominio en zonas Urbanas. El 30 a 40% de los pacientes presenta incapacidad a los 5 años y más del 50% a los 10 años.³ Sin embargo el mayor impacto resulta ser el psicológico que enfrentan los pacientes con dicho diagnóstico, toda vez que ven limitadas sus actividades diarias tanto por el dolor como por la deformidad, disminuyendo la capacidad para realizar actividades diarias y laborales y dificultando las relaciones sociales.⁷

Vulnerabilidad: Se ha demostrado que el tratamiento para la artritis reumatoide si se indica de forma temprana presenta mejores desenlaces y más beneficios para el paciente, sin embargo este no será efectivo si no existe adherencia al tratamiento.⁶ A este propósito se ha estudiado una asociación entre los factores que mejoran o empeoran la adherencia terapéutica dentro del que destaca la relación médico paciente.

Factibilidad: Mejorar la relación médico paciente influirá de forma positiva en la adherencia terapéutica y por supuesto en el pronóstico para la función del paciente con artritis reumatoide. Es posible mejorar la adherencia terapéutica, mejorando la relación médico paciente e implementando estrategias educativas personalizadas para mejorar la adherencia terapéutica¹⁹.

Por lo que me surgió la siguiente pregunta

¿Cuál es la asociación entre la adherencia terapéutica y la relación médico paciente de los adultos de 18 a 70 años con artritis reumatoide de la UMF 92?

IV. OBJETIVO GENERAL

Asociar la adherencia terapéutica y la relación médico paciente en adultos de 18 a 70 años con artritis reumatoide de la UMF 92.

Objetivos específicos

- Determinar el grado de adherencia terapéutica en adultos de 18 a 70 años con artritis reumatoide de la UMF 92 mediante la Escala autoadministrada de Morisky de Adherencia a la Medicación de 8 ítems
- Identificar el tipo de relación médico paciente predominante en adultos de 18 a 70 años con artritis reumatoide de la UMF 92 mediante el Patient Doctor Relationship Questionnaire de 9 preguntas.
- Conocer las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación) de los adultos de 18 a 70 años con artritis reumatoide de la UMF 92.

V. HIPÓTESIS

H1 Si hay una adherencia terapéutica alta entonces se asociará 68% a una buena relación médico paciente en los adultos de 18 a 70 años de la UMF 92.

Ho Si hay una adherencia terapéutica alta entonces no se asociará 68% a una buena relación médico paciente en los adultos de 18 a 70 años de la UMF 92.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Características donde se realizará el estudio

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 92 ubicada en avenida Carlos Hank González s/n. Esquina Santa Prisca Colonia Laderas del Peñón Ecatepec de Morelos Estado de México C.P. 55130 Tel 57559422 Ext 51407. Perteneciente al primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con 33 consultorios y ofrece servicios en turno matutino y vespertino en donde los pacientes acuden por voluntad propia.

2. Diseño del estudio

2.1. Tipo de estudio

Por control de la maniobra experimental: Observacional porque no se realizaron modificaciones a las variables por parte de los investigadores. Únicamente realizamos encuestas sin modificar los esquemas de tratamiento, no aplicamos estrategias educativo-conductuales.

Analítico por que buscamos establecer una asociación entre nuestras variables de estudio adherencia terapéutica y relación médico paciente.

Por la captación de la información: Prospectivo porque los datos se recabaron a lo largo del estudio. Los datos obtenidos de las encuestas fueron nuevos y no se recurrió a expedientes electrónicos o información previa para la realización de la investigación.

Por la medición del fenómeno en el tiempo: Transversal porque se realizó en un periodo de tiempo delimitado. Se realizó el estudio en un periodo determinado de tiempo de 2 meses.

2.2 Universo de trabajo

Grupo de estudio. Características de los casos: Se consideraron a todos los derechohabientes con diagnóstico de artritis reumatoide registrados en ARIMAC, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 92 en Ecatepec de Morelos

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres.
- Adscritos a la UMF 92.
- De 18 y 70 años de edad
- Que tengan diagnóstico de artritis reumatoide registrado en expediente electrónico.
- Firmen el consentimiento informado previa información del mismo.
- Con o sin comorbilidades.

Criterios de exclusión

- Pacientes con patología psiquiátrica (esquizofrenia, demencia, delirio).

Criterios de eliminación

- Cuestionario mal requisitado.

2.3 Tamaño de muestra

Se contó con un universo de 880 pacientes registrados en el año 2019 con diagnóstico de Artritis reumatoide en la UMF 92 del cual acorde a la bibliografía 68%²⁸ tendrán una buena adherencia terapéutica pacientes por lo cual realizamos el cálculo de la muestra con fórmula de población finita:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Donde:

N= Tamaño total de la población 880

Za= 1.96 al cuadrado = 3.84

p= Proporción esperada de 68%²⁸ = 0.68

q= 1 - p (1 - 0.68) = 0.32

d= Precisión de 5% = 0.05

Por lo tanto

n= 242

Técnica de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

2.4 Definición operacional de variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDIDA	UNIDAD DE MEDICIÓN
Adherencia al tratamiento Variable dependiente.	Es el grado en que el paciente cumple con las indicaciones terapéuticas tanto médicas como conductuales	Comportamiento y actitudes del paciente hacia la medicación de acuerdo a Escala autoadministrada de Morisky de Adherencia a la Medicación que consta de 8 ítems y tiene resultado acorde a puntaje (8 puntos) (6 a 7 puntos) (Menor a 6 puntos). Tiene un Alfa de Cronbach de 0.83. Tiempo de aplicación de 10 minutos.	Cualitativa	Ordinal	1) Alta adherencia 2) Adherencia media 3) Baja adherencia.
Relación médico-paciente Variable independiente	Comunicación de expresión, en la que se reconoce al emisor/paciente, un canal de comunicación, la entrevista, el diálogo, y un receptor/médico.	Una relación médico paciente mala, regular o buena. De acuerdo al Patient Doctor Relationship Questionnaire que consta de 9 ítems y da rangos de puntaje (de 9 a	Cualitativa	Ordinal	1) Mala 2) Regular. 3) Buena

		27 puntos) (de 28 a 39 puntos) (de 40 a 50 puntos) tiene un Alfa de Cronbach de 0.95. Tiempo de aplicación 10 minutos.			
Edad Variable sociodemográfica	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Años cumplidos al momento del estudio. Recabado mediante llenado de ficha de identificación.	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
Sexo Variable sociodemográfica	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer.	Características que determinan el ser humano como hombre o mujer. Recabado mediante llenado de ficha de identificación.	Cualitativa	Nominal dicotómica	1) Hombre 2) Mujer
Estado civil Variable sociodemográfica	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes	Condición civil en el que se encuentre en este momento. Recabado mediante llenado de ficha de identificación.	Cualitativa	Nominal Politómica	1) Soltero 2) Casado 3) Viudo 4) Unión libre

Ocupación Variable sociodemográfica	Aquella faceta del empeño humano que le permite cumplir con las demandas sociales de su comunidad, quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa	Actividad que desempeña al momento del estudio. Recabado mediante llenado de ficha de identificación.	Cualitativa	Nominal Politómica	1) Obrero 2) Empleado 3)Independiente 4) Jubilado 5) Ama de casa
---	--	--	-------------	-----------------------	--

2.5 Descripción general del estudio

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva respecto al tema a tratar, posteriormente se inició el diseño del estudio adaptando las características a las que mejor se adecuó a nuestra población. Previa autorización del comité local de investigación 1401 y de ética 1401-8 se dio inicio al estudio. Se seleccionó a la población que participó en el estudio de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Se solicitó la participación a la población elegida, se les informó el tipo de estudio que se realizó y la finalidad del mismo y se solicitó la firma de consentimiento informado. Para seguridad de los participantes se siguieron medidas de higiene respiratoria para prevenir la propagación de Covid 19 se desinfectaron todos los bolígrafos, lápices y demás artículos de papelería a utilizar, además el residente que aplicó los instrumentos llevo cubrebocas todo tiempo. Se invitó a los participantes uno por uno al aula de la unidad en la cual se respetó la sana distancia únicamente se admitió al participante y un familiar. Después se procedió al llenado de los siguientes formatos: 1.- Formato de ficha de identificación que incluye nombre del paciente, edad, género, estado civil y ocupación. 2.- El Patient Doctor Relationship Questionnaire 3.- Test de Morisky Green de 8 ítems. Posterior a la recolección de los datos, se procedió a vaciar los datos en SPSS, después se realizó el análisis estadístico e interpretación y descripción de los resultados.

Instrumentos

Relación médico paciente.

Se utilizó el Patient- Doctor Relationship Questionnaire de 9 preguntas (PDRQ-9) El cual presenta una escala tipo Likert de 5 puntos donde 1 es nada apropiado y 5 es muy apropiado. Nos permite conocer de forma cuantitativa la opinión del paciente acerca de rubros en la consulta médica como son: comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico así como el tratamiento. ³¹

Cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.95% La versión adaptada al castellano de PDRQ-9 se muestra como un instrumento válido desde el punto de vista de su consistencia y de utilidad por su facilidad de aplicación y por la aceptabilidad del paciente. ³²

Utilizado en diversos estudios dentro de unidades de medicina familiar dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, del cual destaca uno titulado Percepción de la calidad en la relación médico paciente en casos de hipertensión arterial sistémica realizado por Azcarate Hernández y Guzmán en 2013 publicado en la revista Atención Familiar. ³³

Adherencia terapéutica

Se utilizó Escala autoadministrada de Morisky de Adherencia a la Medicación de 8 ítems la cual consta de 8 preguntas 7 con respuesta si y no y la octava se responde con escala de de respuesta tipo Likert de 5 puntos, la respuesta si da puntaje de 0 y no de 1 con el fin de evitar sesgos, la pregunta 5 invierte su respuesta de si a no invirtiendo así el valor de la respuesta. El ítem 8 es normalizado dividiendo el resultado por 4 para obtener el valor total. ³⁴. Esta escala tiene una sensibilidad de 93% y especificidad de 53% y un valor Alfa de Cronbach de 0.83 por encima del valor aceptable de validación. ³⁵

Utilizado por autores en unidades de medicina familiar dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, destacando uno acerca del nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial realizado por Luna y Haro y sus colaboradores publicado en 2017 en la revista Atención familiar. ³⁶ Se destaca que a nivel internacional se ha aplicado la escala para patologías crónicas como la insuficiencia renal en donde fue validado en 2006 en Colombia por Chávez Torres y colaboradores publicado en la revista Med. ³⁷ Específicamente para Artritis reumatoide se ha utilizado en Estudios como el realizado por Gadallah en Estados Unidos el cual fue mencionado previamente en el marco teórico de este protocolo.

2.6 Análisis de datos

Con la información obtenida se utilizó el paquete de datos SPSS versión 26 donde se realizó el análisis estadístico obteniendo frecuencias simples, porcentajes y medidas de tendencia central, así como análisis univariado.

Variable	Tipo de variable	Escala	Prueba estadística	Representación gráfica
Adherencia terapéutica	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje Frecuencias	Gráfica de barras
Relación médico paciente	Cualitativa	Ordinal	Porcentaje Frecuencias	Gráfica de barras
Edad	Cuantitativa	Discreta	Media, moda y mediana	Histograma
Sexo	Cualitativa	Nominal dicotómica	Porcentaje Frecuencias	Gráfica de pastel
Estado civil	Cualitativa	Nominal politómica	Porcentaje Frecuencias	Gráfica de pastel
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Porcentajes Frecuencias	Gráfica de pastel
Asociación entre adherencia terapéutica y relación médico paciente	Rho de Spearman. Para asociación de variables de estudio.			

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El tesista declara que se respetaron cabalmente los principios contenidos en los siguientes códigos, declaraciones e informes internacionales así como las regulaciones aplicables al territorio nacional:

El Código de Nuremberg publicado en 1947 estableciendo que se dio a conocer los beneficios y riesgos al sujeto de estudio sobre la investigación titulada Asociación entre adherencia terapéutica y relación médico paciente en adultos de 18 a 70 años con artritis reumatoide de la UMF 92 y se respetó su autonomía de participar o no mediante la firma de consentimiento informado. No se dañó al participante toda vez que únicamente se aplicaron dos cuestionarios, y fue conducido únicamente por personas calificadas en particular un especialista en Reumatología, especialista en Medicina Familiar y un médico residente de Medicina familiar. Cualquier persona que haya deseado participar pudo abandonar el estudio si así lo desea en cualquier momento.³⁸

La Declaración de Helsinki el tesista establece que se han evaluado los riesgos y beneficios de la presente investigación mismos que fueron expuestos al participante en el consentimiento informado, además se respetó el derecho de las personas a salvaguardar su integridad, se adoptaron las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y se llevó a cabo la investigación bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente en este caso dos médicos especialistas y el médico residente.³⁹

El tesista expresa que cumplió con los principios éticos básicos plasmados en el informe Belmont que al respecto indican: 1.- Respeto por las personas: se reconoce que los individuos son tratados como agentes autónomos y se protegió a aquellos que tienen autonomía disminuida para nuestra investigación se protegió a aquellos que padezcan deformaciones articulares debido al padecimiento en estudio que les impida llenar adecuadamente el cuestionario. 2.- Beneficencia: se realizaron esfuerzos para asegurar el bienestar de los individuos, además se otorgó información sobre cómo mejorar la adherencia terapéutica en forma de infografía. 3.- Justicia: se seleccionaron los participantes sin discriminación por motivos de raza, religión u orientación sexual. Además los participantes tuvieron la misma porción de carga y beneficios acorde también a la necesidad individual.⁴⁰ También se cumplieron con las disposiciones establecidas en la enmienda de Tokio, y el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

La investigación también se basó en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud específicamente los títulos que a continuación se mencionan: Título segundo Capítulo I De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Declarando que se respetó la dignidad, los derechos humanos y la privacidad en todo

momento de las personas que deseen participar acorde a las bases planteadas en el artículo 14. Se considera además una investigación **con riesgo mínimo** de acuerdo a las disposiciones del artículo 17 ya que solo se aplicaron dos cuestionarios de 8 y 9 preguntas respectivamente y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada a las variables fisiológicas o psicológicas de los participantes.

Titulo quinto Capitulo Único De las comisiones internas en las instituciones de salud.

Declarando que se sometió el presente estudio a las disposiciones de los comités de ética correspondientes. Y lo dispuesto en sus artículos. ⁴¹

El tesista también se apegó a los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA13-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. ⁴² A su vez se respetaron las disposiciones establecidas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en particular lo dispuesto en el Capítulo II de los principios de protección de datos personales y el Capítulo III de los derechos de los titulares de datos personales.

Carta de no inconveniente

No aplica.

VIII. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos: Médico residente de medicina familiar. Encargado de aplicación de encuestas, recolección de datos, análisis de resultados.

Asesor temático, médico especialista en reumatología. Encargado de orientar sobre la delimitación del problema a estudiar, aportando sus conocimientos.

Asesor metodológico, médico especialista en medicina familiar. Encargado de orientar sobre aspectos metodológicos en la investigación que lleva a cabo el residente.

Pacientes: Derechohabientes pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar no 92 con diagnóstico de artritis reumatoide que acepten participar en el estudio.

Recursos físicos: Unidad de Medicina Familiar no 92 ubicada en AV. CENTRAL Y SANTA PRISCA COL. CIUDAD AZTECA C.P. 55120 ECATEPEC EDO. DE MEX. ORIENTE que cuenta con 32 consultorios de medicina familiar.

Financiamiento: Los recursos fueron proporcionados por la beca del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Factibilidad: Fue factible realizar el protocolo de investigación con los recursos proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Respecto al universo de trabajo fue viable pues se encuentra en una entidad con alta prevalencia de la patología.

Bioseguridad

Se llevó a cabo las encuestas con las medidas de seguridad establecidas para evitar la propagación de COVID 19 de las cuales destacamos:

- Uso de cubrebocas por parte del personal encuestador (médico residente)
- Se proporcionó alcohol gel a cada participante previo y después de la aplicación de la encuesta.
- Se evitó aglomeraciones no realizando más de 5 encuestas a la vez y tomando la distancia recomendada de 1.5 metros entre cada participante del estudio.
- Se utilizó sanitizante en los artículos utilizados para la encuesta como lápices o plumas antes y después de la encuesta.

IX. RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, analítico, prospectivo. Se utilizó un método de muestreo no probabilístico por conveniencia, calculando un tamaño de la muestra de acuerdo a la fórmula de población finita, obteniendo una muestra de N=242 participantes los cuales fueron seleccionados mediante los criterios de inclusión y exclusión, a quienes se les aplicaron dos instrumentos (cuales) para valorar la adherencia terapéutica y la relación médico paciente.

Comprobación de la hipótesis

Se realizó asociación con prueba no paramétrica de Spearman mediante el programa SPSS entre Adherencia terapéutica y la Relación médico paciente en pacientes con artritis reumatoide la cual reporta un resultado de 0.68 asociación positiva moderada (Cuadro 1). Con este resultado se corrobora que se cumple la hipótesis de trabajo “Si hay una adherencia terapéutica alta entonces se asociará 68% a una buena relación médico paciente” Si bien la asociación no es perfecta acorde a Spearman el resultado es esperado tomando en consideración que la adherencia terapéutica es multifactorial.

Cuadro 1 Asociación de variables mediante rho de Spearman.

			adherencia	relacion
Rho de Spearman	Adherencia	Coefficiente de correlación	1.000	.680**
		Sig. (bilateral)	.	<.001
		N	242	242
	Relacion	Coefficiente de correlación	.680**	1.000
		Sig. (bilateral)	<.001	.
		N	242	242

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: SPSS Ver. 26 2020

Respecto a la adherencia terapéutica se obtuvo del grupo de participantes que cubrieron los criterios de selección los siguientes resultados que N = 118 (48.8%) tienen adherencia terapéutica media, mientras que 92 (38%) tienen una alta adherencia terapéutica y 32 (13.2%) tienen baja adherencia terapéutica. (Tabla 1) (Gráfica 1)

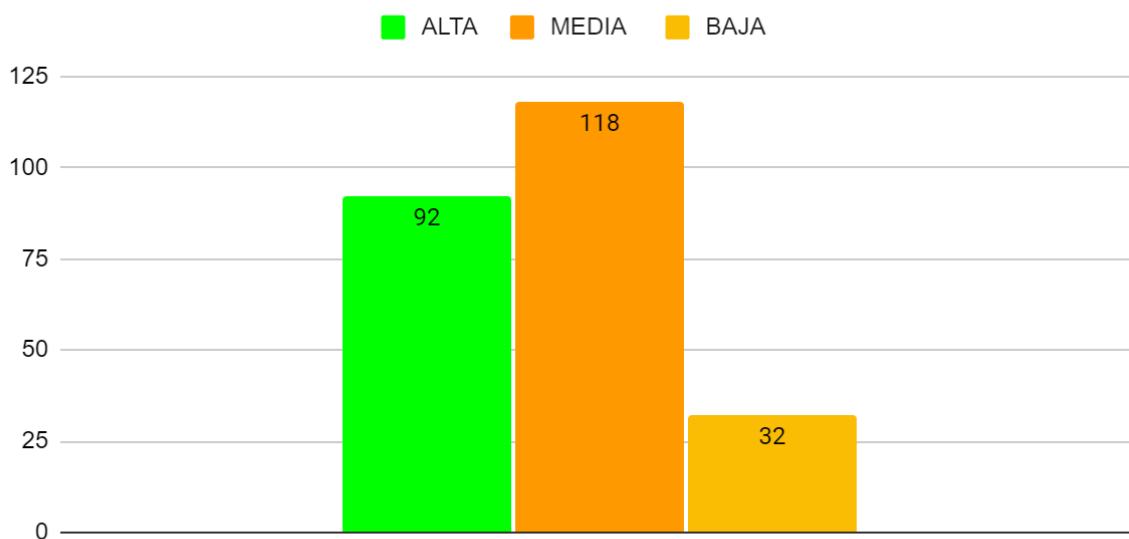
Tabla 1

Tipo de adherencia en adultos con artritis reumatoide de la UMF 92 durante el año 2020

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
ALTA	92	38%	38%	38%
MEDIA	118	48.8%	48.8%	86.8%
BAJA	32	13.2%	13.2%	100%

Fuente: Encuesta 2020

Gráfica 1 Tipo de adherencia en adultos con artritis reumatoide de la UMF 92 durante el año 2020



FUENTE: ENCUESTA 2020

Respecto a la relación médico paciente se obtuvo que N= 181 (74.7%) tienen una buena relación médico paciente, mientras que 45 (18.6%) tienen mala relación médico paciente y 16 (6.7%) tienen relación médico paciente regular. (Tabla 2) (Gráfica 2)

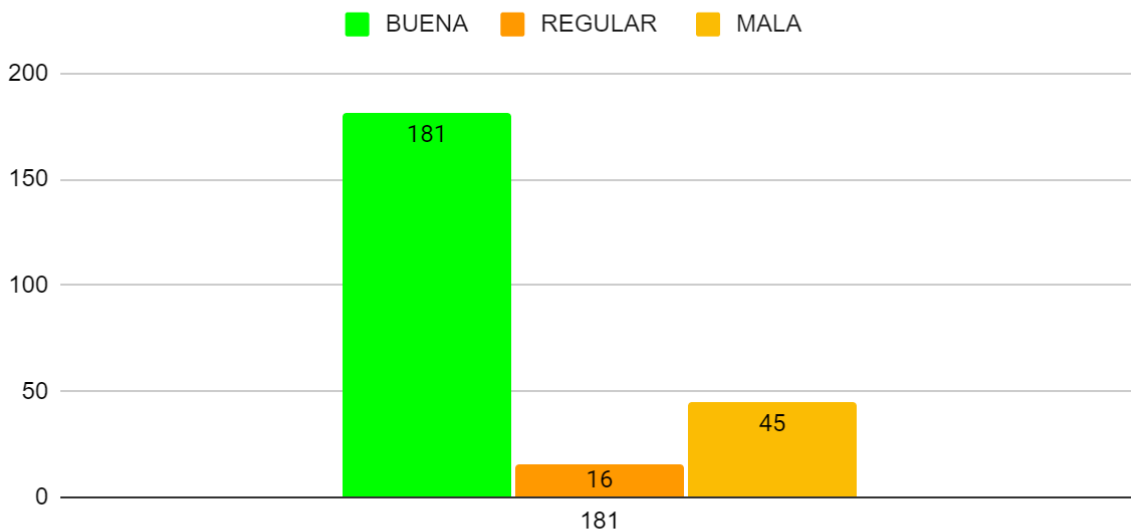
Tabla 2

Tipo de relación médico paciente en pacientes con artritis reumatoide de la UMF 92 durante el año 2020 porcentaje acumulado

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
BUENA	181	74.7%	74.7%	74.7%
REGULAR	16	6.7%	6.7%	81.4%
MALA	45	18.6%	18.6%	100%

Fuente: Encuesta 2020

Gráfica 2 Tipo de relación médico paciente en pacientes con artritis reumatoide de la UMF 92 durante el año 2020



FUENTE: ENCUESTA 2020

Se decidieron analizar la edad en los pacientes con artritis reumatoide de nuestro estudio con base a los datos obtenidos a partir de las encuestas realizadas mediante la ficha de identificación se encontró que la media de edad en los pacientes con artritis reumatoide es de 57.38 la moda es de 70 y la mediana es de 60. Tabla 3 Gráfico 3

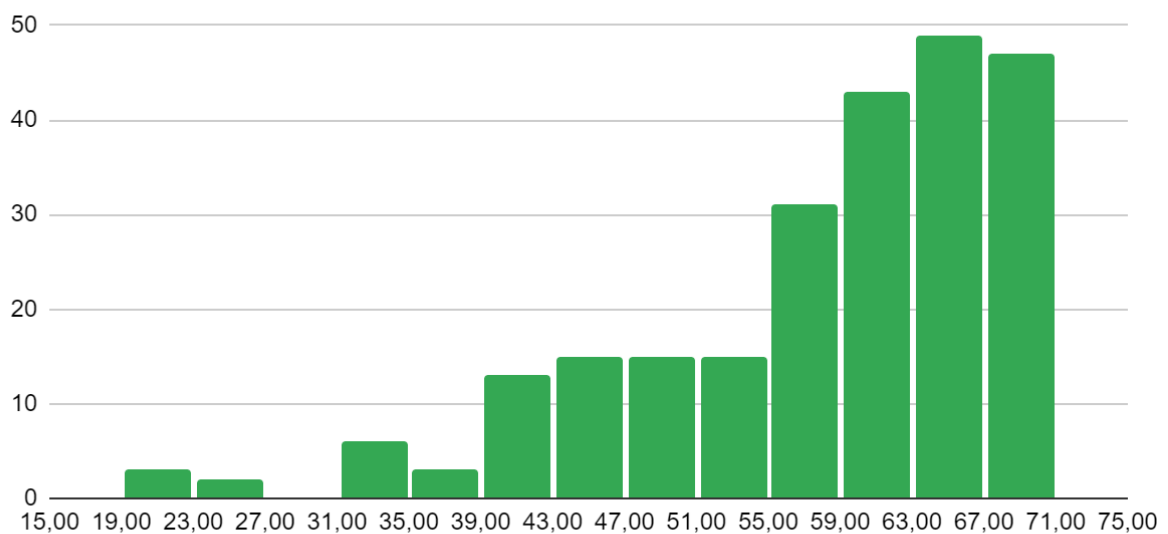
Tabla 3

Medidas de tendencia central para la variable edad en pacientes con artritis reumatoide de la UMF 92 durante el año 2020.

EDAD DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	
MEDIA	57.38
MODA	70
MEDIANA	60

Fuente: Encuesta 2020

Grafica 3 Edad en pacientes con artritis reumatoide de la UMF 92 durante el año 2020



Fuente: Encuesta 2020

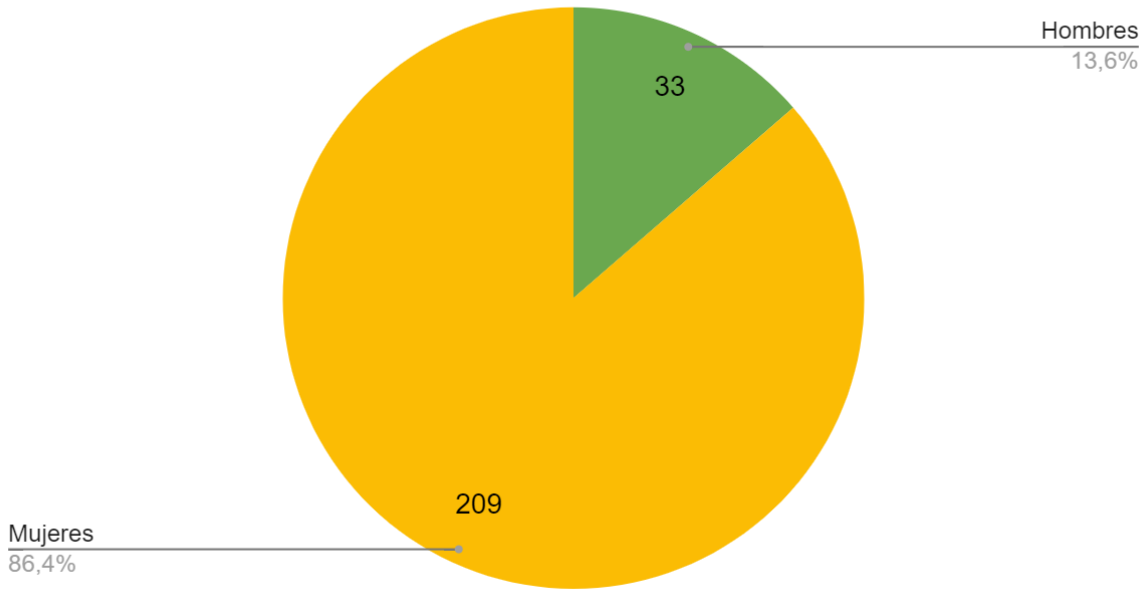
Se decidieron analizar las variables sociodemográficas en los pacientes con artritis reumatoide de nuestro estudio con base a los datos obtenidos a partir de las encuestas realizadas mediante la ficha de identificación se encontró respecto al sexo que 209 (86.3%) de los participantes son mujeres y 33 (13.6%) de los participantes son hombres como se representa en la Tabla 3.1 Grafica 3.1. En cuanto al estado civil de los participantes se encontró que 159 (65.7%) son casados, 36 (14.9%) viven en unión libre, 29 (11.98%) son solteros y 18 (7.4%) son viudos como se muestra en la Tabla 3.1 y Gráfica 3.2. Se incluyó en las variables el tipo de ocupación de los participantes y se encontró que 137 (56.6%) son amas de casa, 52 (21.48%) son empleados, 33 (13.6%) se encuentran jubilados, 18 (7.4%) trabajan de forma independiente y 2 (0.82%) son obreros como se muestra en la Tabla 3.1 y Gráfica 3.3

Tabla 3.1 Sexo de los pacientes con artritis reumatoide de la UMF 92 durante el año 2020

	ADHERENCIA TERAPÉUTICA				RELACIÓN MÉDICO PACIENTE			
	ALTA N(%)	MEDIA N(%)	BAJA N(%)		BUENA N(%)	REGULAR N(%)	MALA N(%)	
SEXO DE LOS PACIENTES								
HOMBRES	15 (6.19)	12 (4.95)	6 (2.47)		25 (10.33)	2 (0.82)	6 (2.47)	33 (13.63)
MUJERES	77 (31.8)	106 (43.8)	26 (10.7)		156 (64.46)	14 (5.78)	39 (16.11)	209 (86.3)
ESTADO CIVIL								
SOLTERO	12 (4.95)	11 (4.54)	6 (2.47)		22 (9.09)	1 (0.41)	6 (2.47)	29 (11.98)
CASADO	58 (23.9)	80 (33.0)	21 (8.67)		123 (50.82)	10 (4.13)	26 (10.74)	159 (65.7)
VIUDO	6 (2.47)	11 (4.54)	1 (0.41)		11 (4.54)	2 (0.82)	5 (2.06)	18 (7.43)
UNIÓN LIBRE	16 (6.61)	16 (6.61)	4 (1.65)		25 (10.33)	3 (1.23)	8 (3.30)	36 (14.87)
OCUPACIÓN								
OBRERO	1 (0.41)	1 (0.41)	0		1 (0.41)	1 (0.41)	0	2 (0.82)
EMPLEADO	24 (9.91)	19 (7.85)	9 (3.71)		40 (16.52)	3 (1.23)	9 (3.71)	52 (21.48)
INDEPENDIENTE	6 (2.47)	6 (2.47)	6 (2.47)		15 (6.19)	1 (0.41)	2 (0.82)	18 (7.43)
JUBILADO	12 (4.95)	17 (7.02)	4 (1.65)		25 (10.33)	0	8 (3.30)	33 (13.63)
AMA DE CASA	49 (20.24)	75 (30.99)	13 (5.37)		100 (41.32)	11 (4.54)	26 (10.74)	137 (56.6)

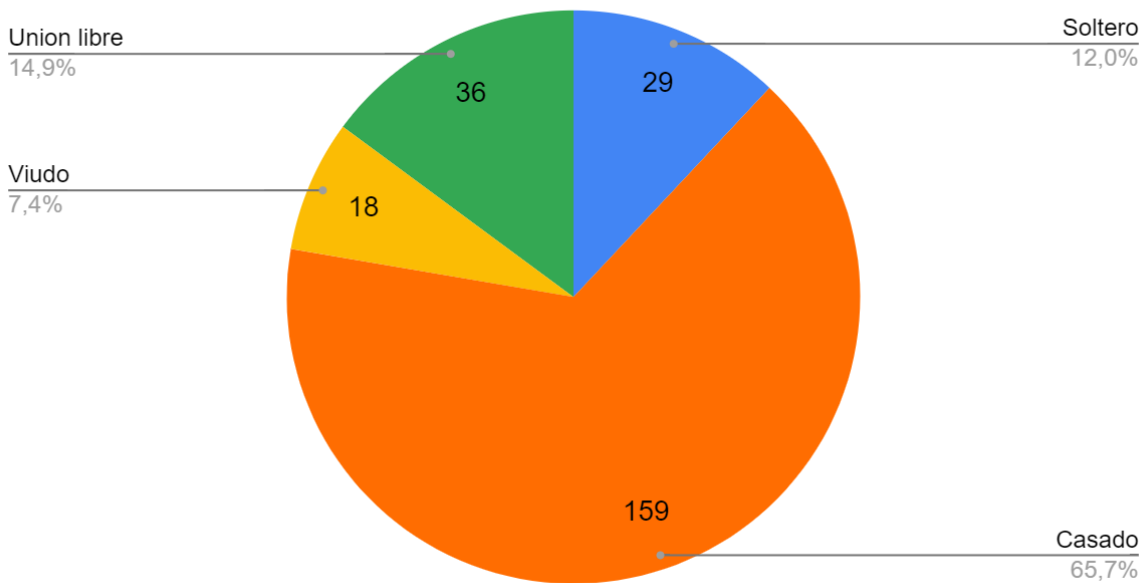
Fuente: Encuesta 2020

GRAFICA 3.1 SEXO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 92



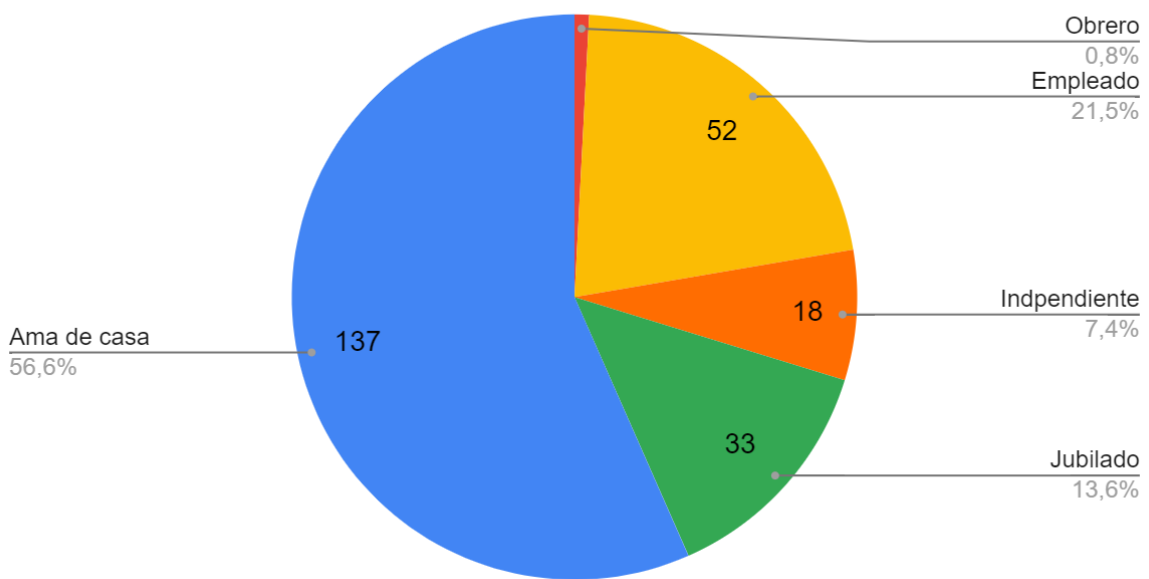
Fuente: Encuesta 2020

Grafico 3.2 Estado civil de los pacientes con artritis reumatoide de la IUMF 92



Fuente: Encuesta 2020

Grafico 3.3 Ocupación de los pacientes con artritis reumatoide de la UMF 92 durante el año 2020



Fuente: Encuesta 2020

X DISCUSIÓN

Se obtuvo una relación de acuerdo al coeficiente de correlación de Spearman de 0.68 interpretado como una asociación positiva moderada con una significancia estadística de 0.01, por lo cual se acepta la hipótesis de trabajo.

Vangeli et al en 2015 realizó una revisión sistemática titulada “A Systematic Review of Factors Associated with Non-Adherence to Treatment for Immune-Mediated Inflammatory Diseases” acerca de los factores que influyen en la falta de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades inflamatorias autoinmunes, encontrando que una mala relación médico paciente la desconfianza en el personal de salud se relacionó un 77.8% con una falta de adherencia al tratamiento.²⁵

Respecto a la adherencia terapéutica se obtuvo que N =92 (38%) tienen una alta adherencia terapéutica, mientras que 118 (48.8%) tienen adherencia terapéutica media y 32 (13.2%) tienen baja adherencia terapéutica.

De acuerdo a Gadallah en 2015 publicó un estudio titulado Evaluación de la adherencia a tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide realizado en Los Ángeles California en 140 pacientes se aplicó el test de Morisky obteniendo como resultado que 90.6% de los pacientes fueron clasificados como adherentes bajos y 9.4% adherentes moderados ninguno clasificado como adherente.²⁶

En Europa en 2009 en 228 usuarios de fármacos modificadores de la enfermedad en quienes se aplicó el cuestionario de cumplimiento en reumatología (CQR) y la Escala de adherencia a los medicamentos (MARS). Se obtuvieron resultados de 68 y 60% de adherencia respectivamente.²⁸

En cuanto a la relación médico paciente se obtuvo que N= 181 (74.7%) tienen una buena relación médico paciente, mientras que 16 (6.7%) tienen relación médico paciente regular y 45 (18.6%) tienen mala relación médico paciente.

Mascaro et al en un artículo titulado “Situación actual del tratamiento y la relación médico paciente en la artritis reumatoide: encuesta nacional AR 2020” publicado en la revista Reumatología clínica en 2020 destaca que para el 64.6% de los pacientes el médico es quien más confianza general, destaca que aún hay áreas de mejora en torno a la relación médico paciente⁴³.

La edad en los pacientes con artritis reumatoide de nuestro estudio se encontró que la media de edad en los pacientes con artritis reumatoide es de 57.38 la moda es de 70 y la mediana es de 60.

Arango y Pérez encuentran que la edad promedio de los pacientes con artritis reumatoide es de 45 años.⁴⁴

En cuanto al resto de las variables sociodemográficas se encontró respecto al sexo que 33 (13.6%) de los participantes son hombres y 209 (86.3%) de los participantes son mujeres. En cuanto al estado civil de los participantes se encontró que 29 (11.98%) son solteros, 159 (65.7%) son casados, 18 (7.4%) son viudos y 36 (14.9%) viven en unión libre. El tipo de ocupación de los participantes se encontró que 2 (0.82%) son obreros, 52 (21.48%) son empleados, 18 (7.4%) trabajan de forma independiente, 33 (13.6%) se encuentran jubilados y 137 (56.6%) son amas de casa.

Abud-Mendoza en 2001 reportaron que la tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes era de 35.9 en mujeres y de 14.3 en hombres. Por otro lado Arango y Pérez encuentran que 3 de cada 4 pacientes son mujeres. Espinosa D reporta en su artículo Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. publicado en la revista de atención familiar prevalencia 92% mujeres y 8% hombres de una N de 217 pacientes.⁴⁶

El instituto Mexicano del seguro social reporta que 8% de la población con artritis reumatoide derechohabiente son trabajadores.⁴⁵ Espinosa D destaca en su artículo realizado en México en 2017 que 42% de los pacientes son trabajadoras del hogar.

Espinosa D en su artículo titulado Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. publicado en la revista de atención familiar destaca en cuanto al estado civil que 53% de los pacientes son casados.⁴⁶

XI CONCLUSIÓN

Al término del estudio se demostró que si existe una asociación moderadamente positiva entre la relación médico paciente y la adherencia terapéutica con una significancia estadística de 0.01, es decir, el aumento en la frecuencia de pacientes con buena relación médico paciente aumentará la frecuencia de pacientes con buena adherencia terapéutica por lo cual se acepta la hipótesis de trabajo.

El tipo de adherencia terapéutica predominante fue la media lo que traduce que existen factores que influyen en la misma y deben ser analizados con mayor detalle. Algunos de estos factores pueden ser modificables como disponibilidad de fármacos, redes de apoyo, simplificación de esquemas de tratamiento, y factores no modificables como el tiempo de evolución de la enfermedad y la edad de los pacientes.

El tipo de relación médico paciente predominante fue buena. Esto representa que existe buena calidad de atención dentro de la Unidad de Medicina Familiar, sin embargo, también indica, la presencia de la influencia de otros factores asociados a la adherencia terapéutica. Es importante no dejar de lado las áreas de oportunidad respecto a las mejoras en la relación médico paciente tales como escucha activa, mejora de la capacidad de resolución de dudas y problemas que puedan surgir durante la atención médica.

La media de edad es de 57 años, un grupo de edad avanzada, en el cual, modificar los hábitos respecto a la toma de medicamentos resulta de vital importancia para evitar la progresión de la enfermedad así como la sintomatología acompañante. El sexo de los participantes se ajusta a la media nacional la cantidad de mujeres vs hombres, en las mujeres predomina la adherencia media y en hombres predomina la adherencia alta. En cuanto a la relación médico paciente en ambos sexos predomina la relación médico paciente buena La diferencia en cuanto al nivel de adherencia por sexos podría deberse a la mayor prevalencia en el sexo femenino. En el estado civil la mayoría de los participantes son casados, sin embargo no se observó una mejor adherencia terapéutica en los pacientes casados respecto a los viudos o solteros. En la relación médico paciente el tipo predominante es bueno sin importar el estado civil. En cuanto a la ocupación los empleados son quienes tienen más adherencia al tratamiento, las amas de casa y jubilados predomina la adherencia media. En cuanto a la relación médico paciente en todas las ocupaciones el tipo de relación que predomina es buena. Se debe trabajar en amas de casa y jubilados y reforzar sus redes de apoyo que ayuden a mejorar la adherencia terapéutica.

XII RECOMENDACIONES

Para el paciente: Contar con recordatorios, ya sea por escrito o digitales, sobre la toma de todos sus medicamentos para todas sus enfermedades, realizar un check list, es decir, una lista en donde registrar qué medicamentos ya ha tomado o cuales aún le faltan. Colocar los medicamentos en un lugar visible, apoyarse de familiares o crear redes de apoyo que le ayuden a recordar la toma de medicamentos o apegarse al tratamiento no farmacológico, es decir personas que le ayuden a realizar ejercicio o seguir alguna dieta. Despeje todas sus dudas acerca de su tratamiento con su médico familiar.

Para el médico familiar: Concientizarse acerca de la importancia que tiene la adherencia terapéutica para la salud de los pacientes. Ser empáticos con las necesidades y limitaciones de los pacientes que impiden llevar a cabo una buena adherencia al tratamiento mediante la práctica de una escucha activa. Indagar y tomar en cuenta otros factores que influyen en la adherencia al tratamiento tales como la edad del paciente, el tiempo de evolución de la enfermedad, cantidad de medicamentos que debe tomar así como disponibilidad, plantearle al paciente estrategias efectivas acorde a sus posibilidades que ayuden a mejorar la adherencia.

Para el instituto: Concientizar al personal de salud acerca de la importancia de la adherencia terapéutica para la salud de los pacientes, capacitarlos acerca de estrategias que puedan recomendar a los pacientes para mejorar la adherencia. Enfocarse en los grupos de mayor riesgo detectados: amas de casa y jubilados para mejorar redes de apoyo que ayuden a mejorar los niveles de adherencia terapéutica. Optimizar el suministro de medicamentos en las UMF así como los trámites necesarios para adquirir los medicamentos de protocolo.

XIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Smolen J, Aletaha D, McInnes I. Rheumatoid Arthritis. Lancet 2016; 388: 2023-38.
- 2) Soha R, Zahirovic S, Hammoudeh M, Emadi S, Masri B. Epidemiology and treatment patterns of Rheumatoid arthritis in a large cohort of Arab Patients. . PLoS ONE 13(12) Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30566451/>
- 3) Ruiz C, Jiménez M, Díaz J. Artritis reumatoide su impacto social y económico. Boletín epidemiológico. 2016; 33 (12): 1-4.
- 4) Lipsky P. Artritis reumatoide. En: Kasper D, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 19a ed. México: McGraw-Hill; 2017.
- 5) Quintero H, Pila R, Hernández R. Manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2018; 12.
- 6) Camargo C, Rivas J, Quintana G. Terapia biológica en la artritis reumatoide temprana: eficacia en la remisión de la enfermedad. Rev Colomb Reumatol. 2017; 24(3): 164-176
- 7) García M. Artritis reumatoide: Epidemiología e impacto sociosanitario. Reumatol Clin Supl. 2018;14(2):3-6
- 8) Cruz O, Fragoso M, González I, Sierra D, Labrada J. La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. MediSur. 2010; 8(5):110-120.
- 9) Perochena A. El paciente y su relación con el médico radiólogo. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2019; 62(2): 50-53.
- 10) Sánchez D, Contreras Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. Revista Cubana de Medicina Militar. 2014; 43(4): 528-533
- 11) Parra G, Cámara R. Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. Inv Ed Med. 2017; 6(24): 221-227
- 12) D' Agostino T, Atkinson T, Latella L, et al. Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: a systematic review. Pacientes Educ Couns. 2017; 100(7): 1247-1257
- 13) Nafradi L, Nakamoto K, Schulz P. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. PloS one 2017; 12(10).
- 14) Salinas E, Nava G. Adherencia terapéutica. Enf Neurol. 2012; 11(4): 102-104.
- 15) Rincón J, Jaimes D, García J, Beltrán A, Téllez A et al. Métodos para la medición de la adherencia a medicamentos modificadores de la enfermedad orales en artritis reumatoide y factores asociados con baja adherencia farmacológica. Rev Colomb Reumatol. 2018; 25(4): 261-270

- 16) Reyes E, Trejo R, Arguijo S, Jiménez A, Castillo A et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Rev Med Hondur 2016; 84(3): 135-131
- 17) Vargas M, Herrera C, Rocha L. Aportes para el abordaje interdisciplinar de la adherencia al tratamiento. Acta Med Colomb. 2018; 43(1): 37-41.
- 18) Ibarra O, Navarro A. Definición e importancia de la adherencia. En: Ibarra O, Morillo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. España: Boehringer Ingelheim; 2017. p. 6-7.
- 19) Ruiz C, Parada A, Urrego A, Gallego D. Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2016; 32(3): 1-13.
- 20) Del Duca M, Gallegos Y, Da Col G, Noel M. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia. Biomedicina. 2013; 8(1): 6-15
- 21) Puigdemont N, Valverde M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 2018; 59(3): 163-172.
- 22) Fernández D, Accini M, Tobon M, Moreno S, Rodríguez V, Gutiérrez J. Validación y calibración al español del cuestionario CQR (Compliance Questionnaire on Rheumatology) para la medición de adherencia a la terapia antirreumática en un grupo de pacientes colombianos con artritis reumatoide. Rev Colomb Reumatol. 2019; 26(2): 105-110.
- 23) Núñez R, Arias M, Sánchez N, Hernández T, Bustamante V, et al. Relación médico paciente desde la perspectiva del paciente en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2014 REV EXP MED 2015; 1(1).
- 24) Trujano R, Vega Z, Nava C, Saavedra K. Interacción médico paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. Liberabit. Revista Peruana de Psicología. 2011;17(2):223-230. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68622584011>
- 25) Vangeli, E., Bakhshi, S., Baker, A. et al. A systematic review of factors associated with non-adherence to treatment for immune-mediated inflammatory diseases. Adv Ther 2015; 32: 983.
- 26) Mohsen A, Gadallah P, Dina N, Boulos P, Sahar D. Assessment of rheumatoid arthritis patients adherence to treatment. Am J Med Sci 2015; 349.
- 27) Nasim A, Nighat A, Muhammad S, Saira K, Shabnam B, et al. Adherence to Methotrexate therapy in Rheumatoid Arthritis Pak J Med Sci. 2016; 32(2): 413-417
- 28) Van den B, F.H. Van den, Benraad B, Hekster Y, P.L. van Riel W. et al. Adherence rates and associations with nonadherence in patients with rheumatoid arthritis using disease modifying antirheumatic drugs. J Rheumatol. 2009; 36: 2164-2170

- 29) De Thurah A, Norgaard M, Harder I, Stengaard K. Compliance with methotrexate treatment in patients with rheumatoid arthritis: Influence of patients' beliefs about the medicine. A prospective cohort study. *Rheumatol Int.* 2010; 30: 1441-1448
- 30) Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2018; 16(3): 226-232
- 31) Ríos M, Acevedo O, González A. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2011; 19(4): 149-153
- 32) Fernández J, González M, Gómez T, Hernández E, Pajares G. Satisfacción del paciente, con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire Aten Primaria. 2010; 42(4):196-205
- 33) Azcarate E, Hernández I, Guzmán M. Percepción de la calidad en la relación médico paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *Aten Fam* 2014; 21(3).
- 34) De las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2015; 15: 121-129.
- 35) Tan X, Patel I, Chang J, et al. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Inov Pharm.* 2014; 5(3).
- 36) Luna U, Haro S, Uriostegui L, Barajas T, Rosas D. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de Medicina Familiar de Zapopan Jalisco, México. *Aten Fam* 2017; 24(3).
- 37) Chávez N, Echeverri J, Ballesteros D, Quijano J, Camacho D. Validación de la escala de Morisky de 8 Items en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Med.* 24 (2):2016.
- 38) Comisión Nacional de Bioética. Código de Nuremberg [Internet] [Consultado 2020 Oct 02]. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normainter.html>
- 39) Comisión Nacional de Bioética. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial [Internet] [Consultado 2020 Oct 02]. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normainter.html>
- 40) Comisión Nacional de Bioética. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación [Internet] [Consultado 2020 Oct 02]. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normainter.html>

- 41) México. Secretaria de Salud. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet] [Consultado 2020 Oct 02]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- 42) DOF- Diario Oficial de la Federación NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Publicado el 5 de noviembre de 2009 visto el 02 de Octubre de 2020]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
- 43) Mascaro S, Alcaide L, Torralba A, Serre E, Cotarelo C. SITUACIÓN ACTUAL DEL TRATAMIENTO Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: ENCUESTA NACIONAL AR 2020. Reumatol Clin. 2020;16.
- 44) Jaillier J, Arango A, Pérez D. Challenges faced in Latin America for the implementation of an ideal health-care model for rheumatoid arthritis patients: are we ready? Clin Rheumatol. 2015 34:79..
- 45) IMSS (2009). Evaluación de Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales. Octubre 2009.
- 46) Espinosa D, Hernández M, Cerdán M. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. Atención familiar. 2017; 2 (24): 67-71

XIV ANEXOS

Anexo 1.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**Carta de consentimiento informado para
participación en protocolos de investigación
(adultos)**

Nombre del estudio:	Asociación entre adherencia terapéutica y relación médico paciente en adultos de 18 a 70 años con artritis reumatoide de la UMF 92.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ecatepec de Morelos Estado de México. 2020
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La forma como se lleva con su médico influye en que usted tome sus medicamentos y siga sus indicaciones a pie de la letra. Lo que buscamos es saber cómo se lleva usted con su médico y saber si sigue sus indicaciones y toma su medicamento para la artritis.
Procedimientos:	Si usted decide participar en el estudio antes de iniciar se le proporcionará alcohol gel para limpiar sus manos antes y después de que conteste los cuestionarios y se le invitara a pasar al aula en donde estará únicamente con su familiar y el investigador. Se le aplicarán dos cuestionarios uno de 8 y el otro de 9 preguntas de opción múltiple con duración aproximada de 20 minutos. Se le darán los cuestionarios impresos en hojas blancas, además se le entregará un bolígrafo para responder, si usted desea cambiar sus respuestas se le dará un cuestionario adicional.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio es de riesgo mínimo por que se aplicarán encuestas que pueden causar confusión en el cuestionario sobre la relación con su médico en la preguntas 1, 3 y 9, sin embargo, el investigador se encontrará a su lado para apoyarlo y resolver todas sus dudas El estudio lleva 20 minutos aproximadamente respetando el horario de su cita
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le dará una hoja impresa con información útil para usted sobre la importancia de tomar sus medicamentos, además de cómo aprovechar mejor sus citas médicas en beneficio de su salud. Si usted tiene dudas sobre la información que se le entregó el investigador estará ahí para resolverlas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información de los resultados de los cuestionarios se le darán de forma personal por escrito con recomendaciones acerca de la toma de sus medicamentos. Los resultados de la investigación se darán a conocer en la tesis del investigador al personal médico y a los participantes que así lo deseen respetando siempre la confidencialidad de los participantes.
Participación o retiro:	Es usted libre de participar o no en el estudio. Se resolverá cualquier duda o aclaración que usted y/o alguno de sus familiares presenten. Si en algún momento durante el estudio, decide que no quiere continuar con el estudio es libre de retirarse así como de no contestar los cuestionarios o dejarlos inconclusos sin ninguna repercusión en su atención médica.

Privacidad y confidencialidad: Los datos obtenidos de los cuestionarios y la ficha de identificación serán confidenciales serán resguardados y conocidos por los investigadores, si se llegaran a publicar los resultados de la investigación no serán expuestos sus datos personales. Además se encuentran protegidos acorde a las Ley general de protección de datos personales en posesión de particulares.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Cristian Moreno Melo. Matricula 96152421. Teléfono 5521313725. Correo electrónico elle_lawliet_l@hotmail.com

Colaboradores: Dra Olivia Reyes Jiménez Médico Familiar correo olivia.reyesji@imss.gob.mx
 Dr Benjamín Estrada Médico Familiar correo benja_estrada_hdz@hotmail.com
 Dr Esteban Garrido Alarcón Medico Reumatólogo correo gaae2007@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante	CRISTIAN MORENO MELO Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Anexo 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92 CIUDAD AZTECA
 ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y RELACIÓN
 MEDICO PACIENTE EN ADULTOS DE 18 A 70 AÑOS CON ARTRITIS
 REUMATOIDE DE LA UMF 92

Número de folio: _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente y señale con una x la opción que represente su situación, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas y sus respuestas son confidenciales.

Patient Doctor Relationship Questionnaire de 9 Items (PDRQ-9)					
ITEM	NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1 Mi medico me ayuda					
2 Mi médico tiene suficiente tiempo para mi					
3 Creo en mi médico					
4 Mi medico me entiende					
5 Mi medico se dedica a ayudarme					
6 Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre las causas de mis síntomas					
7 Puedo hablar con mi médico					
8 Me siento contento con el tratamiento de mi médico					
9 Siento a mi medico fácilmente accesible					
Total					

Anexo 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92 CIUDAD AZTECA
 ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y RELACIÓN
 MEDICO PACIENTE EN ADULTOS DE 18 A 70 AÑOS CON ARTRITIS
 REUMATOIDE DE LA UMF 92

Número de folio: _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente y señale con una x la opción que represente su situación, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas y sus respuestas son confidenciales.

TEST DE MORISKY GREEN 8 Items	Si	No
1 ¿Se le olvida tomar la medicina para su artritis reumatoide?		
2 A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas ¿Hubo algún día que se le olvido tomar la medicina para artritis reumatoide?		
3 ¿ Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?		
4 Cuando viaja o está fuera del hogar ¿Se le olvida llevar la medicina para la artritis reumatoide?		
5 ¿Tomó su medicina para su artritis reumatoide ayer?		
6 Cuando siente que su artritis reumatoide está bajo control ¿Deja a veces de tomar su medicina?		
7 Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su artritis reumatoide?		
8 Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas.	Nunca/casi nunca Rara vez Algunas veces Habitualmente Siempre	1 0.75 0.50 0.25 0

Anexo 4



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92 CIUDAD AZTECA
ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y RELACIÓN
MÉDICO PACIENTE EN ADULTOS DE 18 A 70 AÑOS CON ARTRITIS
REUMATOIDE DE LA UMF 92

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Instrucciones: Lea cuidadosamente escriba en los espacios en blanco la información que se solicita y señale con una x la opción que represente su situación, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas y sus respuestas son confidenciales.

Número de folio	
Edad en años cumplidos*	
Sexo	1) Hombre 2) Mujer
Estado civil	1) Soltero 2) Casado 3) Viudo 4) Unión libre
Ocupación	1) Obrero 2) Empleado 3) Independiente 4) Jubilado 5) Ama de casa

***Escribir edad con número o letra.**

ADHERENCIA A SU TRATAMIENTO

APOYO EN SU CONSULTA.

CONTROL DE SUS MEDICAMENTOS

Haga un calendario con horarios y días donde conste cuando debe tomar cada medicamento color del envase y la dosis a tomar.



PIDA APOYO A UN FAMILIAR

Si lo necesita pida a un familiar que le ayude a recordar la toma de sus medicamentos o le ayude a realizar su calendario.

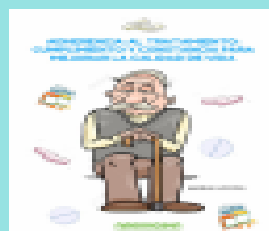
MANTENGA UN ORDEN

Ordene los medicamentos acorde al horario que debe tomar y manténgalos en un lugar visible pero seguro.

SU MEDICO LE PUEDE AYUDAR

Cuando acuda con su medico familiar pídale

- Que resuelva sus dudas respecto a los efectos adversos de sus medicamentos.
- Que aclare la forma en la que usted debe tomar sus medicamentos.
- Que le ayude a implementar una estrategia para que no olvide tomar sus medicamentos.



AUTOR: CRISTIAN MORENO MELO R3MF
REALIZADO CON CANVA.COM



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1401.
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Jueves, 03 de diciembre de 2020

Dra. OLIVIA REYES JIMENEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y RELACIÓN MEDICO PACIENTE EN ADULTOS DE 18 A 70 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 92** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2020-1401-057

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

[Imprimir](#)

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD