



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64 "TEQUESQUINAHUAC" ESTADO DE  
MÉXICO

**ASOCIACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE CON LA ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 E HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL SISTÉMICA, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO  
64, TEQUESQUINAHUAC.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C y P Ruiz García Julia Alejandra

Asesor

M. EN. MF Jehú Arturo Tamayo Calderón

Registro de autorización: R-2020-1401-020



Ciudad Universitaria, Ciudad de México 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 de la relación médico paciente con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en la unidad de medicina familiar número 64, Tequesquihuac.**

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

**PRESENTA:**

M.C y P Ruiz García Julia Alejandra

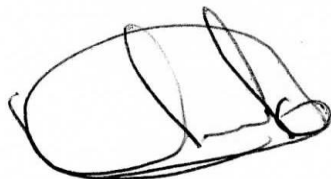
**AUTORIZACIONES:**



**E. EN MF SAUCEDO MARTÍNEZ MARIA GUADALUPE**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR, UMF No 64 Tequesquihuac.



**E. EN MF TAMAYO CALDERÓN JEHÚ ARTURO**  
ASESOR DE TESIS DE TESIS ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



**E. EN MF VARGAS HERNANDEZ FRANCISCO**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD,  
UMF No 64 Tequesquihuac

Ciudad Universitaria, Ciudad de México 2022

**Asociación de la relación médico paciente con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en la unidad de medicina familiar número 64, Tequesquahuac.**

TESIS

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C y P Ruiz García Julia Alejandra

AUTORIZACIONES:

Dr. Javier Santacruz Varela  
JEFE DE SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

Dr. Geovani López Ortiz  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIRECCION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

Dr. Isaías Hernández Torres  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M

Ciudad Universitaria, Ciudad de México 2022

Asociación de la relación médico paciente con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en la unidad de medicina familiar número 64, Tequesquahuac.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar gracias a mi familia, a mis padres Eloy Ruiz y Mónica García, por ser el mayor ejemplo que tengo en mi vida, de lucha, dedicación y perseverancia, gracias Papá por cada mañana prepararme mi café, mamá por siempre darme tú bendición cada mañana, por preocuparte por mi en cada guardia que durmiera, comiera, por prepararme mi desayuno, esperarme cada postguardia por ser mi ejemplo a seguir en todos los aspectos, por eso y millones de razones más... a los dos por encaminarme cada mañana y motivarme a tener un buen día!! A mi novio Pepe (Jose Alberto) por acompañarme durante estos 3 años de residencia, por llevarme de cenar cada guardia por motivarme en cada momento a que podía y no soltar mi mano, por ser mi equipo de vida, por ayudarme en darle formato a esta tesis... porque siempre he recibido su apoyo incondicional en cada momento, desde que inicie la residencia, estos 3 años han sido los que han marcado mi vida profesional, cambio mi vida para bien y por un crecimiento profesional. Gracias por que siempre me han brindado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles durante la residencia y de esta profesión. Pero, sobre todo, gracias por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto llamado residencia médica, para poder concluir mi especialidad en Medicina Familiar. Claro también a RUGARSA, por ser la base para que lograra este sueño.

Deseo expresar mi agradecimiento a mi asesor de tesis, Dr. Jehú Tamayo Calderón, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis ideas, por la dirección y el rigor que ha facilitado para la realización de este trabajo. Un trabajo de investigación es siempre producto de ideas, y esfuerzos, en este caso mi más sincero agradecimiento a mi Coordinador de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar número 64 al Dr. Francisco Vargas Hernández y a mi profesora titular del curso de especialización en Medicina Familiar a la Dra. María Guadalupe Saucedo Martínez, Gracias por paciencia, por sus consejos, por su orientación y atención a mis consultas sobre metodología, también mi

agradecimiento a los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 que accedieron a participar en este protocolo de investigación.

Sin embargo un trabajo de investigación es también producto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales..

Sin su apoyo esta tesis nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo.

A todos, muchas gracias.

Julia Alejandra Ruiz García

## RESUMEN

Asociación de la relación médico paciente con la Adherencia Terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la unidad de medicina familiar número 64 Tequesquihuac.

Ruiz García Julia Alejandra<sup>1</sup> Tamayo Calderón Jehú<sup>2</sup>

1. Médico Residente de Tercer año del curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No64 "Tequesquihuac"
2. Médico Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 64 "Tequesquihuac"

**Título:** Asociación de la relación médico paciente con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en la unidad de medicina familiar número 64, Tequesquihuac.

**Antecedentes.** El modelo médico actual centrado en atención primaria es la piedra angular para una atención integral, centrada en el paciente y facilitadora del acceso a los usuarios de este sistema de salud; la satisfacción del paciente no solo se convierte en uno de los objetivos de la atención brindada por los profesionales de la salud sino también una medida fiable sobre la calidad de atención percibida por el usuario por lo que esto influye en adherencia terapéutica.

**Objetivo.** Asociar la relación médico paciente con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la Unidad de Medicina Familiar número 64 Tequesquihuac.

**Material y Métodos.** Se realizó un estudio observacional transversal analítico, en 268 sujetos portadores de diabetes tipo 2 e hipertensión, en unidad de medicina familiar número 64 Tequesquihuac, Procedimientos: Con previo consentimiento informado se les aplicará cuestionarios patient doctor relation ship questionnaire versión 9 preguntas (PDRQ 9) que evalúa satisfacción de la relación médico paciente y adherencia a la medicación con versión de 8 preguntas (MMA-8),



análisis estadístico se utilizó la prueba con U Mann Whitney para asociación entre la relación médico paciente y adherencia terapéutica, que son variables cualitativas, se realizó un análisis univariado de las variables cuantitativas y cualitativas que se representan por tablas, gráficos, frecuencia y porcentajes.

**Resultados** Se realizó un estudio en 268 sujetos portadores de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica con un rango de edad de 30 a 70 años derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la unidad de medicina familiar número 64. Obteniendo una  $p=0.397$ . De los cuales el 54.2% se encontró con alta adherencia terapéutica y adecuada relación médico paciente. El 42.2 % de los sujetos de estudio con alta adherencia e inadecuada relación médico paciente. En cuanto a la baja adherencia terapéutica 26.6 % con inadecuada relación médico paciente de los pacientes estudiados. El rango de edad que se encontró con mayor porcentaje fue de 60-70 años correspondiendo al 67.5%. El género de los sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica que predominó fue el género femenino con un 67.9%. La escolaridad más encontrada fue primaria con un 46.6%, el estado civil más frecuente fue casados con un 65.3 %, el tipo de familia predominante fue nuclear en un 55.2 %, en cuanto al nivel socioeconómico se encontró nivel C clase media en 34.3%.

**Conclusiones.** En base a los resultados encontrados en esta investigación se concluye que no existe asociación entre la relación médico paciente y adherencia terapéutica de los pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica adscritos a la unidad de medicina familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Palabras clave.** relación médico paciente, adherencia terapéutica, diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica.

## **SUMMARY**

Association of the doctor-patient relationship with Therapeutic Adherence in patients with type 2 diabetes and systemic arterial hypertension in family medicine unit number 64 Tequesquihuac.

Ruiz García Julia Alejandra<sup>1</sup> Tamayo Calderón Jehú<sup>2</sup>

1. Third-year Resident Physician of the Specialization course in Family Medicine of the Family Medicine Unit No64 "Tequesquihuac"
2. Specialist in Family Medicine of the Family Medicine Unit No. 64 "Tequesquihuac"

**Title.** Association of the doctor-patient relationship with adherence to treatment in patients with type 2 diabetes and systemic arterial hypertension, in family medicine unit number 64, Tequesquihuac.

**Background.** The current medical model focused on primary care is the cornerstone for comprehensive care, focused on the patient and facilitating access to users of the health system; Patient satisfaction not only becomes one of the objectives of the care provided by health professionals, but also a reliable measure of the quality of care perceived by the user, which is why this influences therapeutic adherence.

**Target.** Associate the doctor – patient relationship with adherence to treatment in patients with type 2 diabetes and systemic arterial hypertension of the Family Medicine Unit number 64 Tequesquihuac.

**Material and methods.** An analytical cross-sectional observational study was carried out, which will be carried out in 268 subjects with type 2 diabetes and hypertension, in family medicine unit number 64 Tequesquihuac.

Procedures: With prior informed consent, questionnaires will be applied patient doctor relationship questionnaire version 9 questions (PDRQ9) that assesses satisfaction of the doctor-patient relationship and adherence to medication with the

8-question version (MMA-8), statistical analysis will be performed with U Mann Whitney for association between the doctor-patient relationship and therapeutic adherence, which are qualitative variables, univariate analysis of the quantitative and qualitative variables was performed, which are represented by boards, graphics, frequency and percentages.

**Results.** A study was carried out in 268 subjects with type 2 diabetes and systemic arterial hypertension with an age range of 30 to 70 years, beneficiaries of the Mexican Social Security Institute assigned to family medicine unit number 64. Obtaining a  $P = 0.397$  of which 54.2 % were found to have high therapeutic adherence and inadequate doctor – patient relationship. Regarding the low therapeutic adherence 26.6 % with an inadequate doctor – patient relationship of the patients studied. The age range with the highest percentage was 60-70 years, corresponding to 67.5 %. The gender of the subjects with type 2 diabetes and systemic arterial hypertension that predominated was female with 67.9%. The schooling most found was primary with 46.6 % the most frequent marital status was married with 65.3%, the predominant type of family was nucleus in 55.2 %, as for the socio – economic level, a middle class level C was found in 34.3%.

**Conclusions.** Based on the results found in this research, it is concluded that there is no association between the doctor-patient relationship and therapeutic adherence of patients with type 2 diabetes and systemic arterial hypertension assigned to the family medicine unit number 64 of the Mexican Insurance Institute Social.

**Key words.** Doctor – patient relationship, therapeutic adherence, type 2 diabetes, systemic arterial hypertension.

## ÍNDICE GENERAL:

I Marco Teórico.....	1
I.1 Relación Medico Paciente.....	1
I.2 Características Esenciales de la Relación Medico Paciente.....	1
I.3 Comunicación de la Relación Médico Paciente.....	4
I.4 Implicaciones de la Relación Médico Paciente.....	6
I.5 La Formación de Médicos que Necesitamos.....	7
I.6 Importancia de la Comunicación Médico Paciente en Medicina Familiar.....	7
I.7 Relación entre Insatisfacción del Paciente y Quejas por Mala Práctica.....	9
I.8 Cuatro Modelos de Comunicación.....	10
I.9 La Relación Médico Paciente: Consideraciones Bioéticas.....	12
I.10 Acontecimientos que han Modificado la Actividad Medica.....	13
I.11 Modelos de la Relación Médico Paciente.....	14
I.12 La Relación Médico Paciente y su Importancia en la Practica Medica.....	15
I.13 Particularidades de la Relación Médico paciente.....	16
I.14 Persepción de la Cálidad en la Relación Médico Paciente en caso de Hipertensión Arterial Sistémica.....	17

I.15 Relación Médico Paciente y su Importancia en el Proceso de Atención a Pacientes con Diabetes Melitus tipo 2 en adultos.....	18
I.16 Métodos para Medir la Adherencia Terapéutica.....	20
I.17 Evaluación de la Escala Moriky de Adherencia a la Medicación (mmas-8) en Adultos Mayores de un Centro de Atención Primaria.....	22
I.18 La Adherencia al Tratamiento en las Enfermedades Crónicas.....	23
I.19 La adherencia al Tratamiento como Proceso complejo y Factores Influyentes.....	24
I.20 Modelos teóricos que Explican la Adherencia.....	25
II. Planteamiento del Problema.....	27
II.1 Pregunta de Investigación.....	27
III. Justificación.....	30
III.1 Académica.....	30
III.2 Científica.....	31
III.3 Epidemiológica.....	31
III.4 Económica.....	31
IV. Objetivos.....	32
IV.1 Generales.....	32
IV.2 Específicos.....	32
V. Hipótesis.....	33

V.1 Alterna.....	33
V.2 Nula.....	33
VI. Material y Métodos.....	34
VI.1 Tipo de Estudio.....	34
VI.2 Población, Lugar y Tiempo de Estudio.....	34
VI.3 Tipo de Muestra, Tamaño de Muestra.....	34
VI.4 Criterios de Selección.....	35
VI.4.1 Criterios de Inclusión.....	35
VI.4.2 Criterios de Exclusión.....	35
VI.4.3 Criterios de Eliminación.....	35
VI.5 Operalización de las Variables.....	37
VI.6 Desarrollo del Proyecto.....	41
VI.7 Instrumentos de Investigación.....	41
VI.7.1 Cuestionario de (PDRQ-9).....	42
VI.7.2 Evaluación de (MMAS-8) .....	44
VI.8 Plan de Análisis.....	46
VI.9 Consideraciones Éticas.....	47
VII Organización.....	57
VIII Resultados.....	59

VIII.1 Análisis Estadístico de los Resultados.....	59
VIII.2 Tablas y Graficas del Análisis Estadístico de los Resultados.....	61
IX. Discusión.....	71
X. Conclusiones.....	75
X.1 Recomendaciones.....	77
XI. Bibliografía.....	79
XII. Anexos.....	84
XII.1 Dictamen Sirelcis.....	84
XII.2 Consentimiento Informado.....	85-86
XII.3 Ficha de identificación.....	87
XII.4 Cuestionario (PDRQ-9).....	88
XII.4.1 Evaluación de (MMAS-8).....	88
XII.5 Costos Financieros y Económicos.....	89
XII.6 Tríptico Informativo.....	90-91

Índice general

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **I.1 Relación médico paciente:**

La organización mundial de la salud (OMS) expresa que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección. <sup>(1)</sup>

La relación médico paciente (RMP) es una forma de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el hombre, por lo que concede al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud, al médico desempeñar con una de sus funciones sociales más importantes, las relaciones interpersonales tienen un carácter complejo y poseen un grupo de componentes que se relacionan mutuamente: económicos, clasistas, partidistas, profesionales, jurídicos, morales, psicológico y educacionales. La dinámica de este tipo de relación depende de los objetivos, demandas e intereses puestos en juego en situaciones concretas, donde predomina uno u otro componente.

### **I.2 Características esenciales de la relación médico paciente:**

El médico y paciente son las causas indispensables que la provocan y cada uno de ellos aporta a la misma sus características de personalidad, vinculadas con la enfermedad y propiciando que cada relación tenga características generales y a la vez, muy particulares, ya que existen enfermos no enfermedades.

Circunstancias dependientes del carácter de la enfermedad: Un paciente no percibe de la misma manera una enfermedad aguda, una crónica o por su puesto en grado terminal, el médico debe conocer muy bien esto para poder establecer una adecuada

relación médico paciente con este tipo de enfermo y con su familia.



Factores dependientes de las circunstancias en las que transcurre la enfermedad: Se debe apreciar el grado de preocupación e inseguridad que pueda acompañar al paciente en su estado de salud y por lo tanto, provocar actitudes escapatoria o por el contrario, sobrevaloradas, que indiscutiblemente afectarán la adecuada recuperación.

Personalidad del paciente antes y durante la enfermedad: El problema de salud no se percibe de la misma manera en las diferentes etapas de la vida, el niño no comprende lo que le pasa, el adolescente se siente limitado o privado de su autonomía y hasta piensa en ocasiones, que sus padres los utilizan para mantenerlo controlado, él joven se preocupa por las posibles limitaciones en su vida social, estudio, trabajo, relación con su pareja, el adulto mayor la percibe como una forma de marginarse más socialmente y acercarse con mayor rapidez a la muerte.

Posición social del paciente: En la percepción que el paciente tiene de su enfermedad y la forma en que la asume, se valoraran las diferentes posiciones sociales que enfrentara, así como la manera en que desempeña sus roles.<sup>(2)</sup>

El autor Casanova J, se plantea en el artículo de nombre cuales son los factores asociados en la percepción de la relación médico-paciente en los médicos que laboran en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2015, ya que trata de un estudio tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico, con un diseño no experimental, en la cual evaluo a 30 médicos especialistas de una media de edad 53.57 años: el 83.3% de los médicos encuestados son de sexo masculino, el 43% pertenecía a la especialidad de oftalmología, el 36.7% era originario de Lima, el 43.3% culminó estudios secundarios en colegio público, el 66.7% cursó estudios de medicina en una universidad pública, el 93.3% cursó estudios de especialidad en una universidad pública, el 87% profesaba la religión católica, el 83% manifestó haber elegido la carrera de medicina por vocación, el 90% ejercía también la actividad médica en el sector privado, el 43% participaba como voluntario en programas de apoyo social, y el 46.7% percibía la existencia de una buena relación médico-paciente. La tecnología y la especialización no contribuyen a la deshumanización del médico, ya que la medicina basada en

evidencias es necesaria solo como complemento a las experiencias del médico. Los resultados arrojan que trámites burocráticos y los plazos de espera prolongados desaniman al paciente por lo tanto es importante dedicarle más tiempo al paciente en la consulta externa. Entonces se llega la conclusión que la percepción de la RMP se correlaciona fundamentalmente con el nivel de satisfacción del usuario y del médico. También menciona que el 83.3 % esto quiere decir que 26 de 30 de los médicos entrevistados manifiesta que al elegir la carrera de medicina es por vocación y el otro 53.3% de los médicos encuestados consideran que el desarrollo de la tecnología y la sub especialización ha generado parcialmente un cierto grado de deshumanización, y un 70% de los médicos encuestados están complacido con la práctica de su especialidad. La discusión es de suma importancia que los médicos de las 3 especialidades encuestadas coincidieron que para una buena relación médico-paciente se le debe dedicar mayor tiempo al paciente en la consulta externa, ya que el paciente es una persona disminuida no solo en su salud física, sino también en la parte psicológica y quiere ser escuchado principalmente. La conclusión de este estudio, es que actualmente la tecnología y la especialización no contribuyen a la deshumanización del médico. El estudio de pacientes por órganos o especialidades muchas veces favorece a que se pierda de visión en conjunto del paciente y los plazos de espera prolongados para consulta o programación operatoria lo desaniman. Un factor importante es que el paciente necesita ser escuchado para sentirse contento con su médico. La percepción de la RMP se correlaciona fuertemente con la satisfacción del usuario y del médico.<sup>(3)</sup>

Como el autor Rodríguez, en su artículo la relación médico paciente, las relaciones interpersonales son de distintos tipos, algunas podrían ser de carácter superficial y otras de mayor complejidad, dependiendo la relación como la que tiene lugar entre el médico y el paciente, en la cual el médico en su condición profesional de salud está dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, por lo tanto la RMP se puede clasificar de diferentes formas pero la más utilizada por su sentido práctico es aquella que establece tres formas distintas.

1. Relación activo-pasiva.
2. Relación de cooperación guiada.
3. Relación de participación mutua.

La relación cooperativa guiada es la que se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento, como ocurre en algunas enfermedades agudas (neumonía) y crónicas como la hipertensión arterial y diabetes tipo 2, que esta base se fundamenta la asociación de la RMP con estas enfermedades.

La relación de participación mutua, no sólo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad. <sup>(4)</sup>

### **I.3 Comunicación de la relación médico paciente:**

La comunicación entre médico-paciente es substancial para el logro efectivo de los deseos de curación y restaurar la salud o mejorar la calidad de vida del paciente, también se podría mejorar el pronóstico de la enfermedad; él, en conjunto con su médico, son responsables principales del logro de esos propósitos.

Lenguaje, Praxis y Poder en la relación médico- paciente, es evidente que la comunicación que se da de forma verbal es una parte importante de la actividad de los profesionales de salud en el acompañamiento terapéutico de los pacientes. Por lo tanto lenguaje de calidad es clave en el día a día del profesional de salud por lo que debe dársele un interés especial al usarla.

Una de las razones primordiales para valorar la calidad de la comunicación médico-paciente está fundamentada en la influencia de la misma en el proceso de sanación, en la percepción de los pacientes tienen ya que tienen estar satisfechos con la atención que reciben, en la mejoría de su situación emocional relativa la terapéutica que reciben, y en la tolerancia a los efectos colaterales del tratamiento y el dolor.

Ya que en la relación médico-paciente conscientemente se evita la subjetividad en la comunicación que conduce al diagnóstico, pero su presencia es imposible de evitar totalmente en la deseable transferencia de información.

El paciente es quien necesita ser ayudado, consultado para recuperar su salud. El médico es quien va a poseer los conocimientos y las habilidades para satisfacer dicha necesidad. Sin embargo a pesar de la asimetría propia de esta relación, hay que tener siempre presente que esto no significa desigualdad de los miembros de ésta. Por otra parte, para que el paciente pueda ser ayudado, es necesario que se desarrolle en él una actitud de cooperación y confianza, llamada alianza de trabajo o alianza terapéutica primordialmente. <sup>(5)</sup>

La calidad de la atención médica tiene como tema central la comunicación humana; pero si esta comunicación es deficiente, la posibilidad de conflictos se incrementa, este artículo habla de realizar un análisis cualitativo de la comunicación entre paciente y médico desde un punto de vista lingüístico, partiendo de la idea de que dicha comunicación tiene características propias que deben ser tomadas en cuenta en las estrategias discursivas y comunicativas que el médico desarrolla para alcanzar una comunicación adecuada y exitosa.

Identifica tres funciones fundamentales en el discurso médico durante la consulta: la voz médica, la voz educadora y la voz empática. Cada una de estas formas de expresión se refiere a una determinada voz lingüística que tiene diferentes habilidades comunicativas y que se relaciona con una función particular. La voz médica tiene como función explorar información importante sobre la salud del paciente para realizar el diagnóstico; la voz educadora enuncia el diagnóstico obtenido en términos científicos y el tratamiento médico a seguir por el paciente de modo breve y claro, y la voz empática expresa su capacidad de identificación afectiva hacia el paciente, le ayuda a formular sus opiniones y sentimientos, proporciona la información que se requiere. Para comprender la experiencia subjetiva del paciente es algo que el médico, se supone, está capacitado a hacer;

pero en muchas ocasiones, sea por falta de tiempo, por cansancio o por alguna otra razón no especificada, esto no se lleva a la práctica. <sup>(6)</sup>

Si un médico y paciente no comparten las mismas normas o no registran que esas diferencias existen, se pueden producir malos entendidos en la interpretación de lo que se ha dicho y se ha hecho durante la consulta, de modo que la fuerza expresiva de los actos de habla en la intención comunicativa del hablante debe ser efectiva.

En la práctica médica actual resulta imprescindible su papel, no solo como fuente inagotable de información; si no como modulación de conducta, personalidades, valores, de trabajo individual y colectivo; de enseñanza, asesoramiento, preservación de derechos o exigencia de deberes (debes y deberías), explicación de fenómenos abstractos, discusión de lo desconocido y explicación de lo conocido, proyección de esperanzas, formulación de hipótesis, consuelo, corrección de problemas, preservación de normas y leyes, sino también para la obtención y expresión de nuevos éxitos en la curación de personas, de lo psicológico, de la interrelación indispensable con otras especialidades médicas. <sup>(7)</sup>

#### **I.4 Implicaciones de la relación médico paciente:**

La defensa del método clínico es una cuestión de principios para la atención adecuada de cada persona que requiere de servicios médicos, pero es justo verificar que las deficiencias en la relación médico-paciente y en un método inadecuado pueden dar lugar al uso irracional y mal planificado de los adelantos tecnológicos, incluyendo las indicaciones de exámenes complementarios innecesarios, que muchas veces se realizan sin haber escuchado o interrogado y examinado adecuadamente a los enfermos durante la consulta, o por complacencia, como los derivados de la llamada medicina defensiva, o por la aplicación acrítica, mecánica de protocolos y guías, entre otros. Por lo que nos habla de enfatizarse que una correcta RMP y el uso apropiado del método clínico pueden ser de mucho interés para países, subdesarrollado y con recursos económicos muy limitados, debido a otros efectos favorables en el campo de la

economía y no solo por el sobreuso de la tecnología, especialmente cuando existe un sistema nacional de salud como el cubano, con servicios universales, accesibles y gratuitos para toda la población. Refieren el artículo que cada vez los médicos en este país dedican menos tiempo a conversar con sus enfermos, principalmente. <sup>(8)</sup>

### **I.5 La formación de médicos que necesitamos:**

Se debe exigir a los futuros médicos un interés político, no es recomendable la actitud de sistemática que se forja con el ejemplo de algunos profesores, ya que el médico, por su trato constante con pacientes de diversa procedencia social, su acceso a la información confidencial, su obligación y capacidad de influir en la conducta de estos pacientes, como parte del ejercicio de su función médica. Los organismos profesionales como médicos, el estudiante de medicina, médico interno de pregrado, el residente, deben prepararse para ello, para prestar una valiosa y variada colaboración mediante el asesoramiento a la salud y la orientación para la conducción de la política educativa en sanitaria del país. Por lo que el médico moderno actúa en forma diferente que en otros tiempos, pero ello no justifica pensar siempre en forma diferente.

El médico siempre ha ocupado siempre una jerarquía diferente en la sociedad: su vida se somete a un código especial y se espera por ello una actuación superior a la del ciudadano promedio, esto era en otra época ya que actualmente ya no es de esta manera.

### **I.6 Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar**

#### **Comunicación con el paciente:**

En el artículo citado, habla sobre la importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente es evidente para cualquier disciplina

médica, pero quizá sea mayor importancia para el médico familiar (MF), ya que la comunicación incluso se ha considerado como un instrumento indispensable para el trabajo del médico de familia.<sup>(9)</sup>

Dos de las principales funciones clínicas que habla y debe cumplir todo médico ante su paciente son el de diagnóstico y el tratamiento, para poder ejecutar de manera satisfactoria, el MF debe acceder no sólo en los aspectos biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, por lo que en parte es obligado a relacionarse en aspectos de alto contenido afectivo para el paciente, por lo que es de suma importancia tener un espíritu humanista, con gran apertura a las necesidades que tiene el paciente, y la gran disposición para trabajar en un equipo <sup>(10)</sup>, así como el de poder transmitir vivencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y a su equipo de salud.

Un discurso inicial para estimar la importancia de la comunicación en la relación médico paciente. Identifica <sup>(11)</sup> que uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo es que el médico manifieste estar interesado por él, y que utilice palabras comprensibles en términos no médicos, y que este le proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, asesore al paciente pero que le permita ser él quien decida <sup>(12)</sup>, que tenga la libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico respete su opinión sobre el tratamiento. Tates <sup>(13)</sup> concuerda en que una de las grandes necesidades del paciente es el de ser entendido y conocido, esto significa: que una de las mayores propiedades del médico debe ser su proceder afectivo que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía hacia su paciente y preocupación, aunque el autor menciona que además señala que una explicación de la falta de estas cualidades se puede encontrar en la discordancia cultural entre el médico y el paciente, pero como también señala Fones <sup>(14)</sup>, las cualidades humanísticas del médico, parecen ser muy valoradas por los pacientes y la comunicación como parte de ellas.

La falta de adherencia terapéutica es otro de los principales argumentos para investigar la influencia de la comunicación. Como lo menciona, Britten <sup>(15)</sup>, encontró que la falta de intercambio de información entre el médico y paciente, y la falta de conocimiento en el diagnóstico y la confusión del tratamiento indicado,

ocasionan la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente. Otros hallazgos de estos autores, mostraron que las expectativas de los pacientes no se exploraban y que los errores que culminan en una falta de adherencia al tratamiento parecen estar vinculados a supuestos y conjeturas tanto del médico como del paciente.

### **I.7 Relación entre insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica:**

La relación entre insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica se ha vinculado con dificultades en la comunicación médico-paciente, por lo que refieren que en México esta situación se evidencia por las demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Como lo menciona Infante <sup>(16)</sup> se ha documentado los aspectos más relevantes de la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica y se logró encontrar que los motivos de queja se podrían agrupar en 9 áreas; de los cuales, las dificultades específicas de comunicación estuvieron presentes en un porcentaje muy elevado. Y se pudo identificar un substrato de mala relación médico-paciente en la que la comunicación fue un aspecto fundamental. Otros 2 aspectos descubiertos por el autor, se refieren a la gran incidencia de quejas debidas a problemas de comunicación asociada a diferencias culturales entre el médico y el paciente, y una posible asociación de conflictos comunicativos relacionados con aspectos estructurales de la atención médica. Entonces independientemente de la acusación del paciente, la cultura y las imposibilidades administrativas de los servicios de salud, deben ser fenómenos de interés en el estudio de las habilidades de comunicación en la RMP.



## **I.8 Cuatro modelos de comunicación:**

**1. Modelo de las tres funciones del médico:** consiste en recoger información, responder a las emociones de su paciente y educar e influenciar en el comportamiento del paciente para su mejor manejo.

**2. El modelo clínico centrado en el paciente:** Se necesita comprender el significado de la enfermedad para el paciente y también sugiere una comprensión compartida del médico y paciente acerca de los fundamentos comunes del problema y su manejo. Por lo que pide que el médico entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente. Este modelo impone que primero, se debe considerar que cada paciente es único, en segundo lugar que el médico debe tener apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente, a pesar de que algunos de estos pacientes pueden resultar conflictivos, y en tercer lugar, sugiere considerar que se debe tener maestría y actitud mental en el proceso de escuchar, para captar las expresiones verbales y no verbales del paciente.

**3.El modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente:** que es desarrollado desde el punto de vista terapia familiar y la teoría general de sistemas, por lo que se considera tres principios: a) que la familia significa el contexto más importante que puede influir en el proceso salud - enfermedad, b) que deja de ser válida la ilusión de un vínculo en la atención médica, para formar en un triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia, en donde el aspecto familiar se considera como factor fundamental para obtener buenos resultados y c) que la mayoría de los desórdenes de salud son la resultante de una interacción compleja de múltiples factores y que el paciente se afecta a diferentes niveles y no sólo en el biomédico.

**4. El modelo del autoconocimiento del médico:** A partir entendimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, se puede otorgar más poder a su

encuentro clínico. En todos los modelos se observa la importancia de interrelacionarse adecuadamente con el paciente, lo cual requiere una adecuada capacitación del clínico en habilidades comunicativas para el mejor manejo de esos fenómenos identificados y que pueden suscitarse en su trabajo cotidiano con sus pacientes.<sup>(21)</sup>

### **Habilidades de comunicación:**

En la búsqueda de las habilidades comunicativas que deben implementar en los profesionales de la salud, actualmente no existe una clasificación clara de las características deseables para un adecuado desempeño del médico en su práctica clínica. Como lo cita Dubé <sup>(22)</sup> considera necesarias para el médico que labora en el primer nivel de atención médica.

#### ***Habilidades de comunicación básicas como:***

- Abrir y cerrar la entrevista.
- Iniciar con una pregunta abierta.
- Habilidad para obtener y cuestionar datos.
- Habilidad para organizar la entrevista.
- Responder a las emociones y otras habilidades de la relación.

#### ***Habilidades de comunicación intermedias:***

- Manejo de la violencia.
- Negociación para cambios de conductas indeseables.

#### ***Habilidades de comunicación avanzadas:***

- Habilidad para dar malas noticias.
- Historia espiritual del paciente.
- Decisiones avanzadas.
- Dilemas éticos.
- Confrontación del alcohólico con su diagnóstico

El autor Campero <sup>(22)</sup> se planteó determinar si se favorecía la acción educativa del médico hacia el paciente, comunicando información y conocimientos respecto al proceso salud enfermedad durante la consulta médica. En este estudio que el realizo, la mitad de los médicos eran pasantes en servicio social, el resto eran

médicos de base; la gran mayoría se pudo advertir una deficiencia en su formación comunicativa: sólo el 2.5 % de los médicos saludaron al paciente cuando éste entró al consultorio, únicamente el 19 % asignaba un lugar explícito al paciente y en el resto él mismo se auto asignaba el sitio, al entrar el enfermo el médico inmediatamente preguntaba “¿qué tiene?, ¿qué le pasa?”. El 93.5 % de los médicos dirigía la entrevista, cuestionando lo que deseaba saber e interrumpía cuando el paciente daba más información de la solicitada, sólo el 6.5 % de los casos dio de forma libre.

Llega a la conclusión que el 45 % de los pacientes no conocieron la naturaleza de su enfermedad, y por cuanto al tratamiento señalado, el canal de comunicación más utilizado fue la receta escrita y en poca proporción lo fue la información oral, tan sólo el 5% de los médicos verificó la comprensión de las indicaciones informadas durante la consulta. Campero, encontró que en el 85% de los casos no existe un cierre adecuado de consulta, ya que la mayoría de los casos termina con frases como tómese los medicamentos, o aquí tiene la receta. Este estudio se efectuó en una zona rural del estado de Oaxaca, pero es posible que resultados como los anteriores, puedan descubrirse en médicos de otras regiones de nuestro país. En este tipo de relación no existió ninguna acción educativa para transformar al paciente en un sujeto participativo, ni desarrolló el médico un espíritu propicio para involucrar al enfermo en el cuidado de su salud.

### **I.9 La relación médico paciente: consideraciones bioéticas:**

Ninguna otra relación entre seres humanos haya suscitado tanto interés a lo largo de la historia como la relación médico paciente. Ya que la profesión médica, ella moviliza poderosas fuerzas humanas: fe, esperanza, confianza, fortaleza moral y aceptación de la adversidad, la enfermedad: como fenómeno vital y como experiencia racional. En las últimas décadas la medicina ha evolucionado mucho más que en cualquier otro período similar de su devenir histórico. Por lo mismo, la

relación médica ha sufrido cambios radicales pero manteniendo su carácter de basamento del acto médico. <sup>(23)</sup>

### **I.10 Acontecimientos que han modificado la actividad médica:**

Como señala el artículo Rubio Sánchez<sup>(24)</sup>, entre tales cambios cabe mencionar el desenlace de la ciencia en general y de la ciencia médica en especial: la tendencia a la ultra especialización, que conduce a que se pierda de forma la integridad y la complejidad del ser humano; la sofisticación creciente de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, que imponen una relación entre el médico y el paciente, y que han transformado los hospitales en centros de alta tecnología; la aceptación de la salud como un derecho, con el consiguiente crecimiento de la demanda por la atención de salud; y la introducción de las leyes del mercado, que han llevado a que, no pocas veces, el paciente sea visto más como un objeto de lucro que como una persona doliente y necesitada de ayuda.

De la relación médico paciente a la relación clínica: Refiere Anota Gracia D <sup>(25)</sup> que la relación clínica es aquella que tiene lugar entre una persona que considera que su estado de salud se encuentra amenazada y alguien que posee el saber y la técnica para hacer frente a la enfermedad y restaurar la salud comprometida. Antes se hablaba de la relación médico enfermo. En primera estancia, el médico no es siempre quien atiende al paciente sino algún otro miembro del equipo de salud, en cuyo caso estamos frente a la relación sanitario enfermo.

Estructura de la relación médico enfermo: Laín <sup>(26)</sup> describe en la estructura de la relación médico enfermo cuatro aspectos principales: el fin propio de la relación, el modo de la convivencia que en ella se establece, el vínculo propio de la relación y, finalmente, la comunicación propia entre el médico y el paciente.

Por lo que en modo propio de la relación médico paciente consiste en la equilibrada combinación de las operaciones objetivas y las operaciones empáticas necesarias para el diagnóstico y tratamiento y, en suma, para el acompañamiento del paciente durante el proceso de enfermedad. Dado que la relación médico-paciente es ante todo un encuentro interpersonal, el médico.

### **I.11 Modelos de la relación médico paciente:**

En las últimas décadas han estado destacadas por el conflicto entre la autonomía del paciente y sus valores, y los valores del médico. Esta confrontación engloba tanto las expectativas de médicos y pacientes como los criterios éticos y legales de los códigos médicos, lo que plantea interrogantes acerca de la relación médico paciente ideal.

Los autores antes mencionados postulan la existencia de cuatro modelos de la relación médico paciente, las obligaciones del paciente y la manera de concebir la autonomía del mismo. Estos modelos destacan las diferentes visiones sobre las características básicas de la relación médico paciente.

- 1. El modelo Paternalista:** Predispone la existencia de un criterio objetivo que permite discernir lo que sea mejor para el paciente, sin que la opinión del paciente sea la determinante. Es esencial en la suposición de que la enfermedad coloca al paciente en una situación de necesidad y de incapacidad moral, pues el dolor excesivo, la ansiedad y otras manifestaciones de la enfermedad alteran el buen juicio del paciente y su capacidad para tomar decisiones. Por tanto, el médico ejerce como el tutor del paciente, como un buen padre que sabe qué es lo mejor para el paciente, sin que sea necesario la participación de este, pero cuidando de situar los intereses del paciente por encima de los propios.
- 2. El modelo informativo:** conocido también como modelo científico o modelo técnico. La obligación del médico es proporcionar al paciente el informe relevante para que, dentro de los cursos de acción posibles, sea él mismo quien seleccione aquel que mejor se ajuste a su sistema de valores. En este modelo, el papel del médico parece reducirse al de un suministrador de información veraz y de un sujeto técnicamente competente en su especialidad.

- 3. El modelo interpretativo:** El médico ayuda al paciente a decretar los valores, que muchas veces no están bien definidos. Para eso, el médico labora con el paciente en la clarificación de sus objetivos, aspiraciones y responsabilidades, de modo que resulten evidentes aquellos cursos de acción que se encuadren mejor en el marco de los valores del paciente, quien entonces se halla en mejores condiciones para adoptar sus propias decisiones. En este modelo el médico se conduce como un consejero, asumiendo un papel consultivo.
- 4. El modelo deliberativo:** En este modelo el médico apoya al paciente a determinar y elegir de entre todos los valores que se relacionan con su salud, aquellos que sean los que mejor sirvan de fundamento para tomar la decisión más adecuada dentro de las diferentes alternativas posibles. En ello médico y paciente trabajan en conjunto, sin que el médico que actúa como un maestro o un amigo, vaya más allá de la persuasión moral, evitando cualquier forma de imposición. La decisión final será el resultado de un diálogo auténtico, signado por el respeto y la consideración mutuos. De esta manera los autores consideran que el modelo deliberativo es el que mejor se ajusta a una relación ideal subrayando que un médico humanista en el curso de su quehacer profesional debe ser no solamente un agente con capacidad científica técnica en su disciplina, sino también una persona capaz de establecer una relación interpersonal que respete la dignidad de la persona humana y sus valores, y con quien pueda vía el diálogo subjetivo y hacer posible se tome una decisión. <sup>(27)</sup>

### **I.12 La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica:**

En los inicios de la medicina y durante su evolución y desarrollo, esta le ha concedido especial importancia a la relación médico paciente, por ser la clave para el éxito en el régimen asistencial. La práctica de la medicina, combina la ciencia y la tecnología con la aplicación de entendimiento y valores. Esta combinación va a gira alrededor de la interacción médico paciente, que es un elemento necesario

para que la acción del médico pueda intervenir en las necesidades del enfermo. Como fenómeno complejo es capaz de conducirse por dos caminos completamente opuestos: sanar o hacer daño.<sup>(28)</sup>

La asistencia médica se fundamenta en la relación que se establece entre el médico y su paciente, y la adecuada práctica depende, en gran medida, de la calidad de la relación de ayuda que se pueda lograr durante la consulta. Las relaciones interpersonales pueden ser de varios tipos, algunas de forma superficial y otras de mayor complicación, como la que debe tener lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico, en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica.

### **I.13 Particularidades de la relación médico-paciente:**

La relación entre los profesionales del equipo de salud y los pacientes ha cambiado paulatinamente desde la década de los sesenta. La revolución tecnológica y científica ha impulsado estos cambios, pero también han incidido los factores sociales, culturales, políticos y económicos. La entrevista médica es la parte fundamental para obtener una anamnesis confiable y establecer una RMP consistente, permanente y provechosa. La habilidad para conducirla debe aprenderse y debe perfeccionarse mediante el estudio, práctica y auto observación. Una entrevista tiene valor terapéutico cuando el enfermo encuentra en el médico capacidades de respeto, afecto, beneficio, autenticidad y conexión.

Es importante formar una red de confianza del paciente hacia su médico y viceversa, indispensable para conseguir el efecto terapéutico que por sí sola llega a tener la entrevista clínica.

En resumen, se habla la RMP como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas, que no puede establecerse si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, solidaria y profesional, en la que el desgaste laboral del médico puede repercutir en muchos casos de forma negativa en su salud física y mental, y sus consecuencias comprometer su trato

con los pacientes. La RMP negativa es más factible que ocurra iatrogenia, errores médicos y la infracción o falta médica. <sup>(29)</sup>

#### **I.14 Percepción de la calidad en la RMP en caso de Hipertensión arterial sistémica:**

Por lo que es de vital importancia conocer el tipo de satisfacción de la RMP, en el artículo sobre percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica encontraron mediante muestreo aleatorio donde se incluyó a 100 pacientes de ambos géneros entre 40 y 60 años de edad, con diagnóstico de (HAS) con adscripción a la unidad de medicina familiar (UMF) no. 94, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Distrito Federal, México, a quienes se les aplicó el cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Encontraron que en cuanto a la accesibilidad del médico hacia el paciente: 60% de los pacientes comunicó que sus médicos fueron accesibles con ellos, 26% regular y 14% poco accesibles. Por lo que el grado de satisfacción que tenían los pacientes de acuerdo con la calidad de la atención médica que percibieron resultó: satisfactoria en 53%, regular en 27% y poco satisfactoria en 20%, los pacientes con hipertensión arterial sistémica controlada refirieron tener una buena relación con su médico y estar satisfechos con la atención recibida en 49%; en contraste, los pacientes descontrolados se encontraban satisfechos en 4%. De acuerdo con los resultados de este estudio, existía un mayor control en los pacientes del sexo femenino en 80% de los cuales el 68% de los controlados estaba casado, con un predominio de madres con hijos menores de 15 años. La calidad de la relación médico-paciente influyó de manera positiva en el control de la hipertensión arterial sistémica, por lo que se pudo observar que los pacientes controlados refirieron tener una buena relación con su médico y esto se vio reflejado en el control metabólico y de sus cifras tensionales. La investigación de este artículo contempló el estudio de una de las enfermedades crónicas que por sus altas tasas de morbimortalidad representan un problema de salud pública en el ámbito mundial. Ya que por las características del estudio tenía mayor rango de ser predecible que,



a mejor calidad en la relación médico-paciente, se lograría un mayor control del padecimiento crónico, sin embargo, lo que no resulta predecible es que, si sabemos que esta relación es la piedra angular en el acercamiento con nuestros pacientes y el control de sus padecimientos, no trabajemos lo suficiente para lograr que sea lo más satisfactoria posible para ambos participantes ni consideremos el aspecto humano de la RMP como un factor esencial. Llegan a la conclusión y proponen llevar a cabo talleres de capacitación para el mejor manejo de la hipertensión arterial sistémica entre los médicos familiares, lo cual lograra contribuirá a desarrollar, el aspecto humano de la práctica del médico familiar, que es de suma importancia en esta especialidad, además, los motivara con el fin de encontrar estrategias para mejorar la relación con los pacientes, favorecerá la consolidación de un equipo multidisciplinario en el cual se apoyarán mutuamente para lograr la mejoría clínica y control metabólico de los pacientes; por lo que se podrá mejorar la situación actual del médico familiar en las diversas instituciones de salud, ya que la gran demanda de consultas médicas al día no permite otorgar a todos los usuarios una atención con el tiempo que se requiere, sobre todo en los casos de enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial sistémica. Por lo que llegaron a la siguiente conclusión, los médicos eran accesibles, 4% regularmente accesibles y 7% poco accesibles. Satisfacción en la atención medica. La evaluación de los pacientes controlados reportó: 11% con poca satisfacción, 24% con satisfacción regular y 49% manifestó estar satisfecho. En cuanto a los pacientes descontrolados 9% refirió poca satisfacción, 3% satisfacción regular y 4% manifestó estar satisfecho. Respecto a la calidad de la atención medica 53% la calificó como satisfactoria; 27% regularmente satisfactoria y 20% poco satisfactoria<sup>(30)</sup>

### **I.15 Relación médico paciente y su importancia en el proceso de atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en adultos:**

La RMP es la parte fundamental de la práctica médica, sobre el que se apoya la satisfacción del usuario sobre la atención recibida, esta percepción influye

positivamente en el paciente y su condición clínica; en pacientes con patología crónica como la diabetes, al establecer una relación médica adecuada se puede influir en su estado clínico.

Desarrollaron un artículo, estudio descriptivo transversal analítico retrospectivo, en el cual se realizó una evaluación de la relación médico-paciente y el nivel de satisfacción por medio del cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire, versión de 9 preguntas. Con los siguientes resultados, se encontró que la percepción de la relación médico-paciente en el Hospital de Bosa II Nivel ESE es apropiada, ya que en el muestreo se encontró que el 58 % de pacientes indican que el médico los entiende, mostrando satisfechos a 6 de cada 10 pacientes encuestados por medio del instrumento Patient-Doctor Relationship Questionnaire, versión de 9 preguntas, validado al español en el año 2009; solo un 20 % presentó respuestas con puntuación menor a 2, además de esto se evidenció que un 43 % de las respuestas totales fue de puntuación 5.

De los 420 pacientes entrevistados, 20 de los cuales no sufrían diabetes mellitus tipo 2, con un promedio de edad de 56 años y una predominancia del sexo femenino (56 % vs. 45 %). reportándose en una proporción aproximada del 60 % de los pacientes una percepción positiva de la relación médico-paciente, con una distribución entre 5 muy apropiada (43 %) y 4 bastante apropiada (15 %).

Llegaron a la conclusión, que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital de Bosa II Nivel ESE, que asisten a consulta externa de medicina interna, se encuentran satisfechos con la RMP paciente que tienen, encontrando como fortaleza la comunicación con su médico; factores como la accesibilidad y otras variables evaluadas no mostraron significativos porcentajes de satisfacción, pero no se encontraron negativos, por lo que no afectan negativamente en la RMP.<sup>(31)</sup>

Van del Feltz-Cornelis <sup>(32)</sup> realizaron un estudio similar en pacientes tanto de consulta especializada como de medicina familiar, encontrando una media de satisfacción más alta en consulta general, destacando las facilidades de accesibilidad y comunicación; sin embargo, este estudio fue realizado con la versión de 13 preguntas del cuestionario aplicado <sup>(32)</sup>.

### **I.16 Métodos para medir la adherencia terapéutica:**

La adherencia terapéutica es una conducta del paciente hacia la toma de medicación. La OMS la definió como el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario <sup>(33)</sup>. Tiene carácter dinámico y está influenciada por múltiples factores <sup>(34)</sup>.

La adherencia al tratamiento generalmente se expresa como una variable dicotómica (adherente vs no adherente) o bien como porcentaje en función de las dosis tomadas de la medicación prescrita durante un periodo de tiempo determinado (de 0% a  $\geq 100\%$ ). Saber el grado de adherencia terapéutica del paciente es de gran importancia a la hora de evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos prescritos. Por ejemplo, si el grado de adherencia fuera inferior al deseable y no se alcanzasen los objetivos clínicos deseados, podría producirse una intensificación del tratamiento prescrito o la sustitución de un tratamiento por otro con peor perfil de seguridad o con un coste superior. Por esta razón, es de vital importancia que los profesionales sanitarios dispongan de herramientas para valorar la adherencia al tratamiento y su resultado ayude a tomar decisiones en cuanto a las intervenciones más apropiadas para cada paciente. Al ser la adherencia terapéutica un comportamiento que puede variar a lo largo del tiempo, es necesario medirla y reevaluarla periódicamente. <sup>(35)</sup>

**Métodos directos:** Son determinación de la concentración en alguna muestra biológica (como por ejemplo, sangre u orina) del fármaco, sus metabolitos o de algún marcador biológico. Estas técnicas no están disponibles para todos los medicamentos y, principalmente, se han realizado con fármacos antiepilépticos, antirretrovirales y antipsicóticos.

**Métodos indirectos:** Incluyen la evaluación de la información proporcionada por el paciente o su cuidador a partir de la entrevista clínica o un cuestionario validado

(es el método más utilizado), el recuento de medicación, el uso de dispositivos electrónicos o el análisis del registro de dispensaciones.

Test de Morisky-Green Uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados tanto en la práctica clínica como en investigación es el cuestionario de Morisky-Green. La primera versión consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no para valorar las barreras para una correcta adherencia terapéutica. Este test también se denomina Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) <sup>(14)</sup>. Ha sido validado en una gran variedad de patologías crónicas y poblaciones como: hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas (36). La versión española fue validada por Val Jiménez y colaboradores en una cohorte de pacientes hipertensos <sup>(37)</sup>. Este cuestionario consiste en realizar al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no sobre sus actitudes ante la medicación de forma entremezclada durante la entrevista clínica. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No.

Existen múltiples y diferentes métodos para medir la adherencia terapéutica. Hasta la fecha, no se ha descrito ningún método óptimo por lo que se recomienda la utilización de varias técnicas, aunque en la práctica clínica diaria es difícil. En el ámbito de la Farmacia Comunitaria, la utilización de cuestionarios administrados por el propio paciente y el análisis del registro de dispensaciones son los métodos más factibles para medir la adherencia terapéutica. En 2008 se publicó una nueva versión del test con ocho preguntas (8-item Morisky Medication Adherence Scale o MMAS8) y que fue desarrollada a partir de las cuatro preguntas originales <sup>(37)</sup>.

### **I.17 Evaluación de la escala morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria:**

Con el objetivo de determinar si la escala de adherencia a la medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8) es un instrumento útil en adultos mayores hipertensos que acuden a un centro de atención primaria, se realizó un estudio de campo con abordaje cuantitativo de evaluación de pruebas diagnósticas, en ancianos hipertensos del Programa de Salud Cardiovascular de Cabrero, Chile. Los resultados de la escala fueron comparados con la presión arterial y el método de recuento de comprimidos. La evaluación diagnóstica de la escala utilizando los métodos de referencia presión arterial y recuento de comprimidos dio como resultado: sensibilidad: 86%, 85%; especificidad: 56%, 58%; valor predictivo positivo: 60%, 65%; valor predictivo negativo: 84%. 81%. En conclusión, la escala permite detectar de forma simple, y a bajo costo, a personas que no son adherentes a su régimen de tratamiento medicamentoso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete de forma grave la efectividad de los tratamientos <sup>(38)</sup>, especialmente en quienes tienen una mayor probabilidad de tener una conducta incumplidora a lo largo del tiempo. <sup>(39)</sup>

El objetivo de este estudio es determinar si la escala de adherencia a la medicación de Morisky ocho ítems (MMAS-8) es un instrumento indirecto útil para medir la conducta de adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos en tratamiento en atención primaria, confrontando sus resultados con los métodos de comparación de presión arterial y recuento de comprimidos.

De la población estudiada , 143 personas tuvieron la presión arterial elevada (43% de los encuestados). Los que clasificaron como no adherentes, con el método de recuento de comprimidos, fueron 157 (47,6%); mientras que el 62,1% clasifican como no adherentes con la utilización de la escala MMAS-8. En este grupo de personas, la pregunta de la escala MMAS-8 que contribuyó mayormente a puntuar

con “no adherencia” fue la pregunta 1, que tiene relación con el olvido de tomar los medicamentos para el control de la presión arterial (32% de los encuestados), seguida de la pregunta 2, que indaga sobre el haber olvidado ingerir medicamentos las últimas 2 semanas (21% de los encuestados). La evaluación diagnóstica de la escala utilizando los métodos de comparación presión arterial y método de recuento de comprimidos, dieron como resultado: sensibilidad: 86%, 85%; especificidad: 56%, 58%; valor predictivo positivo: 60%, 65%; valor predictivo negativo: 84%, 81%, coeficiente de cociente de probabilidades positivo 1,96 y 2,04; cociente de probabilidades negativo 0,25 y 0,26 respectivamente. Sobre el análisis bivariado de las variables, existe asociación estadísticamente significativa entre la clasificación de la escala MMAS-8 (adherente y no adherente) con la clasificación de la presión arterial (normal, alterada) ( $p < 0,0001$ ).<sup>(40)</sup>

Por lo que la evaluación diagnóstica de la escala de Morisky de 8 ítems indica que es un instrumento sensible para detectar a los pacientes que no cumplen apropiadamente el régimen terapéutico y que es efectiva para estimar la probabilidad, verdaderamente sea adherente a la ingesta medicamentosa.

### **I.18 La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas:**

Como resultado de la estrategia de búsqueda y selección de artículos se preparó un cuerpo teórico que se expone en cinco acápite:

1. La adherencia a los tratamientos y la participación activa y responsable de los pacientes.
2. La adherencia al tratamiento como proceso complejo y factores influyentes.
3. Repercusión de la falta de adherencia a los tratamientos como problema de salud y métodos para su valoración.
4. Modelos teóricos que explican la adherencia.
5. Estrategias de intervención.

### **I.19 La adherencia al tratamiento como proceso complejo y factores influyentes:**

Como se puede entender el término adherencia terapéutica incluye con igualdad de importancia tanto el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, como el de las recomendaciones higiénico-dietéticas en las personas enfermas.

Martín Alfonso,<sup>(41)</sup> refiere para que se lleve a cabo la adherencia al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso los momentos siguientes:

- a) Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.
  
- b) Cumplimiento del tratamiento como la medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.
  
- c) Participación activa en el cumplimiento, entendido como el grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
  
- d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

**Factores socioeconómicos :** El estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las

situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

**Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria :**

Servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados.

**Factores relacionados con la enfermedad :** Gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

**Factores relacionados con el tratamiento:** Complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. <sup>(42)</sup>

**I.20 Modelos teóricos que explican la adherencia:**

Se han descrito diversos modelos que explican la adherencia terapéutica. Se destaca el papel de los modelos cognitivos conductuales, entre ellos el de las creencias en salud y el de la teoría de la acción razonada.

El primer modelo se basa en la motivación del paciente y la información de que dispone, percibirse en riesgo de enfermar y ver la enfermedad como algo grave, reconocer la eficacia de la intervención a seguir para evitar la enfermedad y percibir sencillas las medidas a practicar.

En el caso del segundo modelo, se priorizan los determinantes de la conducta y la intención como el determinante más inmediato, por lo que se trabaja con aquellos factores que la determinan: la actitud de la persona hacia la acción y aquello que la modifica, como son las creencias en relación con los resultados



probables de esa conducta, la valoración realizada de esos resultados, la valoración que hacen otras personas de lo que creen debería hacer el sujeto y la propia motivación del sujeto a cumplir con las expectativas de esas personas o grupos.

Por su parte, el modelo de aptitudes de información, motivación, comportamiento, es más reciente, toma de otros modelos anteriores. Se demuestra que si bien la información es un requisito previo para el cambio de comportamiento, es en sí insuficiente para lograrlo. En este modelo los determinantes fundamentales son realmente la motivación y las aptitudes comportamentales. De manera que la información y la motivación aumentan la probabilidad de la adherencia, por lo que se debe asegurar que el paciente cuente con estas herramientas de comportamiento.

Otro modelo, el de las etapas de cambio, identifica cinco etapas en las que los individuos progresan según modifican sus comportamientos y estrategias de forma ajustada con cada una de las etapas, lo que predice el progreso de la etapa posterior. Este modelo es útil como indicador de motivación y para comprender y predecir cambios comportamentales voluntarios, muy importante, pues delimita el error involuntario, por olvido o mal entendido, de la falta de adherencia intencional.

(42)

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### II.1 Argumentación

Magnitud – En México hay 8.6 millones de personas con diabetes, con una prevalencia de 10.3 %. El 56 % tienen buena adherencia al tratamiento farmacológico, por lo tanto, el 44% tienen mala adherencia a la terapéutica farmacológica. Ya que aproximadamente 40% ignora que padece esta enfermedad, y del 60% que conoce el diagnóstico, sólo la mitad tiene tratamiento y control, referente el 80 % no olvida tomar su medicación y el 86 % no abandona la medicación, aunque se encuentre bien, y 65 % no dejan de tomar medicación a pesar de no sentirse bien. 50% de los pacientes no contó con una adecuada adherencia, 52.30% presentó incumplimiento terapéutico y mientras que 47.70% cumplió con él, por lo tanto, cinco de cada 10 pacientes corren el riesgo de discapacidad o muerte prematura ocasionada por las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial sistémica. La falta de adherencia terapéutica es una importante causa del pobre control de estas enfermedades crónico-degenerativas, y con esto un descontrol metabólico por lo tanto aumenta las complicaciones e ingresos hospitalarios al área de urgencias. Existen factores que juegan un papel muy importante para que los pacientes sean o no adherentes a sus tratamientos, como lo son: el sistema de salud, la relación médico paciente con los profesionales de salud, con el paciente, con su familia, y su nivel de conocimiento de la enfermedad.

Trascendencia – Específicamente la relación orientada a la enfermedad y orientada al paciente, así como los factores dependientes del paciente y del médico como personalidad rígida o poco dialogante, y su especialización podrá afectar su adherencia terapéutica, de esta manera como médicos familiares y la atención primaria que otorgamos, así al conocer asociación de la relación médico paciente y el nivel adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2, es necesario que el sujeto con diabetes tipo 2 necesita y se le de tratamiento a su

enfermedad, pautas de seguimiento para ello se necesita conocimientos que se encuentren al alcance, pero para el paciente y su familia lo más importante es el juicio individualizado en cada consulta y humanístico, el sentido de servir a los demás del médico, calidad de atención médica, por lo tanto la comunicación es el mejor indicador de la calidad de una relación, en el caso de interacción entre médico y su paciente.

Vulnerabilidad – Actualmente ha ido en aumento la población con diabetes tipo 2 en México ya que son enfermedades crónico degenerativas, y son las principales causas de complicaciones e ingresos hospitalarios, la probable causa de que sigue habiendo un descontrol metabólico a pesar de tener un control mensual en sus consultorios de medicina familiar, se podría atribuir a el desconocimiento de su enfermedad, y de las posibles complicaciones a corto y largo plazo, los hábitos dietéticos inadecuados, por lo que se necesita llegar a un control metabólico adecuado para mejorar la calidad de vida. Se informa al paciente la importancia de tener una adherencia terapéutica, y se le entregara material didáctico para mejorar el concepto adherencia terapéutica.

Factibilidad – el estudio entra en un rango de factibilidad, utilizando capacidad intelectual al poder atacar un problema que es la falta de adherencia terapéutica en la población de enfermos crónico como lo es diabetes e hipertensión arterial sistémica y de esta manera reducir complicaciones médicas ocasionadas por un mal control de la enfermedad, la técnica mediante la cual se llevara a cabo la investigación mediante la aplicación de test para medir la relación médico paciente y la adherencia terapéutica, y la factibilidad económica mediante los resultados obtenidos podremos evaluar si los sujetos de investigación tienen adherencia terapéutica a sus medicamentos y se observara si se puede reducir el número de medicamentos que se administran en un mes, debido a que en la unidad de medicina familiar número 64, una gran parte de la población que acude a consulta son enfermos con padecimientos crónico degenerativo principalmente diabetes tipo 2, que llevan su control en los consultorios de medicina familiar, a través de su médico familiar es donde podremos obtener nuestra información, al aplicar

instrumentos para evaluar la relación médico paciente y adherencia terapéutica, es conveniente realizar la investigación. Los rangos de factibilidad intelectual al informar como personal de salud, la importancia de adherencia terapéutica en diabetes tipo 2. Por lo que existen herramientas para realización de esta investigación, como lo es MMAS 8 test de Morisky Green 8 preguntas y PDRQ 9 cuestionario relación médico paciente de 9 preguntas para medir adherencia terapéutica.

## II.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre la relación médico paciente y adherencia al terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la unidad de medicina familiar número 64 Tequesquinahuac?

### III. JUSTIFICACIÓN

Para obtener la acreditación como especialista en medicina familiar, como justificación científica buscar la asociación de la relación médico paciente y adherencia terapéutica en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, ya que se cuenta con pocos estudios de investigación acerca de este tema, y así poder reconocer el valor de la relación médico paciente y su importancia en la adherencia terapéutica ya que está vinculado con la atención integral del ser humano, por eso es importante hacer énfasis entre el proceso salud enfermedad y la relación médico paciente. Al hablar de dinámica de los componentes que llegan a intervenir en la relación médico paciente, se expresa en que el médico y el paciente tienen individualidad, son irrepetibles, por lo tanto, en la práctica médica la tendencia es valorar los problemas orgánicos del paciente, sin integrar a ellos características de su personalidad y la percepción de su problema, sus condiciones sociales y las circunstancias que lo están determinándolo. Ya que hay factores dependientes de la enfermedad, el enfermo crónico percibe enfermedad como una gran desgracia que arrastrará hasta la muerte, el médico debe de conocer para poder establecer una adecuada relación médico paciente con el enfermo y su familia. Así se podrá obtener información acerca de la relación médico paciente con su médico familiar en pacientes con enfermedades crónico degenerativas como diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, y si esta relación afecta o mejora su adherencia al tratamiento, verificando si los pacientes realmente siguen las indicaciones de su médico, al poder conocer la relación médico paciente, tendremos a nuestro alcance el mejorar la atención, aplicar prevención primaria en los pacientes, así como el impacto que causamos como médicos familiares para que un paciente cumpla con citas médicas, cumpla adherencia terapéutica y evitar complicaciones. Justificación social al beneficiar a los médicos familiares de la unidad de medicina familiar número 64 Tequesquinahuac al conocer oportunidades, debilidades, y áreas de intervención en su consulta para que un paciente pueda tener adherencia terapéutica a su padecimiento crónico degenerativo. Así la justificación económica podremos verificar cuando un paciente no tiene una adecuada adherencia

terapéutica conlleva a un incremento en el consumo de fármacos ya que el médico aumenta dosis y agrega medicamentos al tratamiento de base, al solicitar estudios de laboratorio, para verificar un adecuado control metabólico, analizando si influye la relación con su médico para que puedan o no llevar una adherencia terapéutica, en todo paciente crónico como diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. De esta manera podremos saber si el sujeto de estudio sabe lo que conlleva la adherencia terapéutica, y empezar a capacitar al paciente respecto a su enfermedad. Se podría buscar fomentar en el médico una mejor relación médico paciente ya que es parte fundamental de la atención primaria y en la medicina familiar para una adecuada vigilancia metabólica, propiciando así una mejor condición social al proporcionar calidad de vida, y así mismo disminuir los insumos a la distribución de los recursos al verificar adherencia terapéutica. Se entregará al término de los cuestionarios, un tríptico informativo sobre definición adherencia terapéutica, métodos para mejorar la adherencia que fue elaborado por médico residente Julia Alejandra Ruiz García.

## **IV. OBJETIVOS**

### IV.1 General

Establecer la asociación de la relación médico paciente con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la Unidad de Medicina Familiar número 64 Tequesquahuac.

### IV.2 Específicos

- Describir cómo es la relación médico paciente, en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la unidad de medicina familiar número 64.
- Identificar la adherencia terapéutica en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la unidad de medicina familiar número 64.
- Describir las variables sociodemográficas, edad, género, estado civil, escolaridad, tipo de familia y nivel socioeconómico de los sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica.

## **V. HIPÓTESIS**

### IV.1 (Ha) Alterna

Existe asociación de la adecuada relación médico paciente con la alta adherencia al tratamiento, en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la unidad de medicina familiar número 64.

### IV.2 (H0) Nula

No existe asociación entre la inadecuada relación médico paciente y no se relaciona a la alta adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la unidad de medicina familiar número 64.



## **VI. MATERIAL Y MÉTODOS**

### VI.1 Tipo de Estudio

El presente estudio fue Observacional, transversal y analítico.

### VI.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

Sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 64 Tequesquihuac.

### VI.3 Tamaño de muestra y técnica de muestreo

Muestreo probabilístico sistemático ya que es un método de muestreo para recopilar datos representativos de grupo al que se va a estudiar, la aplicación del muestreo asegura que el grupo de muestra represente ciertas características de los sujetos de investigación elegida por el investigador.

Con una lista que se solicitó ARIMAC, de pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la UMF 64, por lo que se filtró de acuerdo a nuestros criterios de inclusión se conformó una muestra de 268 sujetos de investigación, que se dividieron en 7 grupos de 33 y 1 grupo de 37, luego se selecciona un número al azar, por ejemplo, el número 10 y por lo tanto, la muestra de 268 sujetos se irá conformando por el individuo número 10 de cada grupo y el día que este programada su consulta médica se procederá con previa explicación, autorización y mediante firmar el consentimiento informado y llenar cuestionarios para participación en el protocolo de investigación.

El cálculo tamaño de la muestra se realizó mediante diferencia de dos proporciones, mediante programa estadístico epi inf versión 7.2.2.2 con un nivel de confianza de 95 % y poder de la prueba de 80 % con la prevalencia número 1 de adherencia terapéutica alta en adultos que expresan adecuada relación médico paciente de 30% y prevalencia número 2 que corresponde adherencia terapéutica

alta en adultos diabéticos e hipertensos con adecuada relación médico paciente con un 15% obteniendo una  $n = 268$ .

## **VI.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### VI.4.1 Criterios de inclusión

- Sujetos con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica con al menos 3 años de evolución.
- Acudieron a consulta con el mismo médico en por lo menos en 3 ocasiones consecutivas en los últimos 6 meses.
- Género indistinto.
- Rango de edad 30 a 70 años.
- Acudieron a consulta bimensual en consultorio de medicina familiar UMF 64.
- Aceptarán participar y firmen consentimiento informado.

### VI.4.2 Criterios de exclusión

- Sujetos con deterioro cognitivo que le impida contestar los cuestionarios.

### VI.4.3 Criterios de eliminación

- Sujetos que contestarán parcialmente, (llenado incompleto de la encuesta).
- Sujetos que desearán abandonar el estudio.

## **VI.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Variable independiente: Adherencia Terapéutica

Variable dependiente: Relación Médico Paciente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN/INDICADOR	DE ITEM
Relación Médico Paciente	Relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. <sup>(32)</sup>	Aplicación del cuestionario PDQR-9 la relación médico paciente como, adecuada puntaje mayor o igual a 15, medianamente adecuada puntaje 14-8, inadecuada puntaje menor o igual a 8.	CUALITATIVA	NOMINAL	Adecuada puntaje mayor o igual a 15. Medianamente adecuado puntaje de 14 a 8. Inadecuado puntaje menor o igual a 8.	9
Adherencia terapéutica	El grado en que la conducta del paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. <sup>(34)</sup>	Aplicación del cuestionario Morisky Green 8 ítems, que se obtiene de los anexos, se valora, adherencia al tratamiento como, baja adherencia puntuación 6 mediana adherencia puntuación 7 Alta adherencia puntuación 8.  Cada respuesta si como 0, con excepción del ítem 5 en el que la respuesta sí es valorada como 1 y la respuesta no como 0. (MMAS-8)	CUALITATIVA	ORDINAL	Baja adherencia puntuación 6. Mediana adherencia puntuación 7. Alta adherencia puntuación 8.	8

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN INDICADOR	ITEM
Genero	Refiere a los roles de hombres y mujeres y a su relación con la sociedad. <sup>(36)</sup>	Rol social del ser humano como hombre o mujer, se obtendrá información mediante ficha identificación.	CUALITATIVA	NOMINAL	Femenino Masculino	2
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Periodo en el que transcurre la vida humana. <sup>(37)</sup>	Número de años referidos por el sujeto de investigación al momento del estudio, se valora mediante ficha de identificación que se encuentra en anexos.	CUANTITATIVA	DISCRETA	Años	1
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio que hace constar registro civil. <sup>(38)</sup>	Posición civil en la que se encuentre el sujeto de investigación, el cual se obtendrá de ficha de identificación que se encuentra en anexos.	CUALITATIVA	NOMINAL	Soltero Casado Viudo Unión libre Divorciado Separado	4
Escolaridad	El lapso de tiempo en el que un niño u joven acude de forma casi ininterrumpida al colegio o escuela para adquirir valores y conocimientos básicos. <sup>(39)</sup>	Grado académico referido por el sujeto de investigación, esta información se obtendrá de ficha de identificación que se encuentra en anexos.	CUALITATIVA	ORDINAL	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Universidad Posgrado	6

VARIABLE	DEFINICIÓN CONPETUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICION INDICADOR	ITEM
Tipología de familia	Clasificación de los diferentes tipos de familia <sup>(40)</sup>	Clasificación del tipo de familia referida por el sujeto de investigación, está información se obtendrá de ficha de identificación. <sup>(31)</sup>	CUALITATIVA	NOMINAL	Nuclear Seminuclear Extensa Extensa compuesta	5
Nivel socioeconómico	Es un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica. Está basado en el nivel de educación, el nivel de ocupación y el patrimonio. <sup>(41)</sup>	Clasificación a los hogares, y por lo tanto a todos sus integrantes, de acuerdo con su bienestar económico y social. Se obtendrá mediante cuestionario AMAI 2018, Nivel A, como alto superior, Nivel B como medio superior, Nivel C bajo superior, Nivel D, Nivel E, que se encuentra apartado de anexos.	CUALITATIVA	ORDINAL	Nivel A Nivel B Nivel C Nivel D Nivel E	5

## VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO

Posterior a que el protocolo de investigación fue evaluado y autorizado por los comité local de investigación y el comité de ética en investigación, contando con número de registro R-2020-1401-020, se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar número 64 “Tequesquinahuac” del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el año 2020, en donde se incluyó a los sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar, cuando acudieron a consulta médica.

Previamente identificada la población a investigar, mediante lista ARIMAC, de pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la UMF 64, filtrada de acuerdo a nuestros criterios de selección se conformó una muestra de 268 sujetos de investigación, que se dividirán en 7 grupos de 33 y 1 grupo de 37, luego se selecciona un número al azar, por ejemplo, el número 10 y por lo tanto, la muestra de 268 sujetos ser fue conformando por el individuo número 10 de cada grupo y el día que estuvo programada su consulta médica se procedió con previa presentación, explicación, autorización y mediante consentimiento informado, la encargada en aplicar encuestas fue médico residente de Medicina Familiar Ruiz García Julia Alejandra, se procedió a explicar de manera concisa y clara el proposito de este estudio, los posibles riesgos y benefiios, con la previa lectura del aviso de privacidad y por lo que se solicito su firma en el consentimiento informado ( ANEXO. 2) por lo que se otorgó ficha de identificación y cuestionario PDRQ9 y MMAS – 8 (ANEXO 4,5 ) para responder los item aplicados.

Al termino de test se otorgo un triptico informativo sobre la importancia de la adherencia terapéutica y su asociación con la relación médico paciente, se explicó sobre la importancia de los resultados, y se garantizó la confidencialidad de la información que se fue proporcionada.



Se procedió a revisar los tests y clasificarlos de acuerdo a los items aplicados de acuerdo a su puntaje como mala, medianamente adecuada y buena relación médico paciente, y su adherencia terapéutica al momento del estudio, con la finalidad de explicar en ese momento los beneficios de tener una adecuada adherencia terapéutica para lograr un control idóneo de padecimientos crónicos degenerativos, la importancia de una conveniente relación médico paciente para mejorar la comunicación con su médico, así como aclarar dudas sobre su enfermedad, se entregó un triptico sobre la importancia de adherencia terapéutica para tener un mejor control de su diabetes mellitus e hipertensión arterial. Así como dar indicaciones para mejorar la adherencia terapéutica, sin importar el tipo de relación médico paciente que tengan con su médico familiar.

Los datos recabados fueron vaciados en una base de datos, SPSS 24 - Statistical Package for the Social Science. para proceder al análisis estadístico.

## **VI.7 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

### **VI.7.1 PDRQ 9 (Patient-Doctor Relation Ship Questionnaire 9 preguntas)**

#### **VI.7. 1.1 Descripción**

Van der Fitz-Cornelis <sup>(20)</sup> y su grupo adaptaron un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire con el objetivo de conseguir una herramienta objetiva y fácilmente aplicable que evalué la relación médico- paciente desde la perspectiva del paciente. Crearon y validaron el Patient-Doctor Relation ship Questionnaire (PDRQ 9) para evaluar la validez aparente de la adaptación, se debe entender cómo se construye y que factores intervienen en la relación médico-paciente y cuáles son sus consecuencias a partir de las experiencias de los participantes en el encuentro clínico. En la versión de 9 preguntas, aporta una gran consistencia interna en su adaptación con un alfa de Cronbach de 0,95.

#### VI.7.1.2 Validación

Este instrumento fue utilizado en el año 2011 en la clínica medicina familiar, Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, en la Delegación Coyoacán de la Ciudad de México, para describir la asociación de la relación médico paciente y su control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2. También fue utilizado en población latina, mediante una ficha de identificación y un instrumento para la evaluación de la relación médico-paciente, el Patient-Doctor Relationship Questionnaire de 9 preguntas (PDRQ-9), adaptado y validado de un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire por Van der Feltz-Cornelis. Y su valor del alfa de Cronbach durante este estudio es de 0.95. <sup>(24)</sup>

#### VI.7.1.3 Aplicación

El instrumento consta de 9 preguntas con respuesta de tipo Likert, en una escala de respuestas tipo Likert con 5 categorías:

1(Nada apropiado)

2 (algo apropiado)

3(apropiado)

4 (bastante apropiado)

5 (muy apropiado)

Versión de 9 preguntas, validado al español en el año 2009

1. ¿Mi médico me ayuda?
2. ¿Mi médico tiene suficiente tiempo para mí?
3. ¿Creo en mi médico?
4. ¿Mi médico me entiende?
5. ¿Mi médico se dedica a ayudarme?
6. ¿Mi médico

y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas? 7. ¿Puedo hablar con mi médico? 8. ¿Me siento contento con el tratamiento de mi médico? 9. ¿Siento a mi médico fácilmente accesible?

El PDRQ-9 permite cuantificar la opinión del paciente respecto a la comunicación, la satisfacción y la accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento instaurado. Validación: Alfa de cron Bach de 0.95. Sensibilidad de 84.91%, especificidad 89.47 %, y un valor predictivo positivo de 99.12 %.

Aplicación: este instrumento es útil para su aplicación primaria y para valorar la relación médico paciente.

## 7.2 MMAS-8 (Escala de adherencia a la medicación de Morisky 8 ítems)

### VI.7.2.1 Descripción

Fue desarrollado por Morisky, Green y Levine <sup>(29)</sup> para valorar la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial (HTA) principalmente, desde que el test fue introducido, se ha utilizado en la valoración de la adherencia en diferentes enfermedades, para asegurar que el MMAS-8 traducido al español y adaptado para medir adherencia en pacientes colombianos con enfermedad renal crónica, conserva las mismas propiedades métricas que la versión en inglés, se sometió a juicio de expertos siguiendo el método Delphi, se seleccionaron expertos que actuarían como jueces, la selección se realizó teniendo en cuenta la formación académica y experiencia relacionada con procesos de seguimiento farmacoterapéutico. la adherencia al tratamiento se catalogó según el puntaje obtenido al aplicar la escala MMAS-8 como alta adherencia cuando obtuvo 8 puntos, media si obtuvo de 6 ó 7 puntos y baja si obtuvo 5 puntos o menos.

Ha sido validado en una gran variedad de patologías crónicas y poblaciones como: hipertensión, diabetes, dislipidemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas. La versión española fue validada por Val Jiménez y colaboradores en una cohorte de pacientes hipertensos

### VI.7.2.2 Validación

Sensibilidad 85% - 86%; especificidad: 56% - 58%, valor predictivo positivo 60% - 65%, valor predictivo negativo 81% - 84% con alfa cron Bach 0.83.

### VI.7.2.3 Aplicación

Este instrumento es útil para su aplicación primaria y para valorar la adherencia terapéutica.

## **VI.8 PLAN DE ANÁLISIS**

Para el análisis univariado de variables cualitativas adherencia terapéutica y relación médico paciente se obtuvo frecuencias y porcentajes, se representará mediante gráficos de sectores.

(Estadística descriptiva). Para las variables cuantitativas como edad, se obtuvieron medias, medianas y se representón mediante polígonos de frecuencia. Para análisis bivariados, se utiliza U Mann Whitney por ser dos variables cualitativas ordinales, para la asociación de la relación médico paciente y adherencia terapéutica, que son variables cualitativas multivariadas. Al termino de aplicación de cuestionarios PDRQ-9 y MMAS-8 se procedió a capturar información y procesarla mediante el programa SPSS 24 - Statistical Package for the Social Science.

Nivel de significación: Para todo valor de P menor o igual que 0.05 se rechazó  $H_0$  y se acepta  $H_a$ .

Zona de rechazo. Para todo valor de P mayor que 0.05, se acepta  $H_0$  y se rechazó  $H_a$ .

## VI.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

VI. 9. 1 El protocolo se basó en el Código de Núremberg:

a) Se obtuvo la aprobación de los sujetos de investigación para participar en este protocolo, en base a un consentimiento informado, en el que se explicó a los sujetos de investigación los beneficios de su participación dentro del estudio, así como los riesgos e inconvenientes que su participación podría generarle, el cual es la dedicación de aproximadamente 20 minutos de su tiempo para la contestación de los test de MMAS-8 y PDRQ9, la cual se explicó de manera verbal, clara y precisa, resolviendo las dudas que surgieron en el participante, posterior a lo cual se solicitó la firma en el consentimiento informado para su participación en dicho estudio.

b) Se realizó con la finalidad de obtener orientación sobre el tipo de relación médico paciente y adherencia terapéutica en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica que acuden a consulta con su médico familiar en unidad de medicina familiar.

c) En base a la historia natural de las enfermedades crónico-degenerativas como lo es la hipertensión arterial sistémica y diabetes tipo 2, se justificó al realizar este estudio que la parte fundamental del control de la enfermedad se basa en el estilo de vida, adherencia al tratamiento y también la relación médico paciente. Por lo que se sabe que la adherencia al tratamiento es importante para alcanzar las metas de control en estas enfermedades.

d) Los instrumentos, PDRQ 9, cuestionario para valorar la relación médico paciente y MMAS 8, test para adherencia terapéutica de 8 preguntas, ocupados durante el estudio por la naturaleza del estudio no ocasionaron algún daño en los sujetos de investigación.

e) Durante el estudio no se generó daño físico, o psicológico ya que los test mencionadas anteriormente, no generan daño ni físico ni psicológico.

f) La investigación se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar número 64, contando con las medidas de seguridad adecuadas para llevar a cabo la investigación.

g) Se aplicaron los test para valorar adherencia terapéutica y relación médico paciente, posteriormente se evaluaron los resultados si hubo, algún resultado alterado se tomaron las medidas necesarias.

h) Durante el estudio los sujetos de investigación tuvieron la libertad de abandonarlo si llegaban a sentir alguna incomodidad o por cualquier motivo. Sin embargo, ninguno abandonó el presente estudio.

#### VI. 9.2 Declaración de Helsinki:

a) El estudio cumple con los principios científicos, y se tiene conocimiento suficiente sobre diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, y relación médico paciente ya que se ha obtenido mediante la revisión de literatura científica.

b) El diseño y los procedimientos que se realizaron se describen minuciosamente en este protocolo el cual fue revisado por un comité de ética para su realización

c) Se realizó por médico residente de tercer año de especialidad en medicina familiar, y asesorado por médico especialista en Medicina Familiar Jehú Arturo Tamayo Calderón.

d) Este estudio es importante tanto para el sujeto como para el investigador, con un riesgo mínimo dado a que se realizó mediante test, y su beneficio fue mayor al contar con los resultados.

e) Se llevó a cabo respetando los derechos de los sujetos de investigación, en la ficha de identificación se omitió la solicitud del nombre, salvaguardando así su

identidad y su integridad, reduciendo el impacto del estudio sobre su integridad mental.

f) Se preservé con exactitud los resultados obtenidos en este proyecto de investigación para su publicación posterior

g) Se informó a cada sujeto de investigación, durante la misma se transmitió a los sujetos de investigación sobre los objetivos, los cuales son identificar la relación médico paciente y la adherencia terapéutica, el cual se llevó acabo por medio de la PDRQ9 y MMA8, con probable molestia ya que la realización de dichas escalas, conlleva inversión de 25 minutos del tiempo de los sujetos de investigación. Se les aclaró que son libres de decidir no participar en el estudio de investigación y en el momento que desearan retirar su participación sin sufrir repercusiones en su atención médica en esta unidad.

h) En este estudio no se encuestó a menores de edad, o con alguna incapacidad mental por lo que no será necesario solicitar autorización de algún familiar responsable

i) Este protocolo contó con las consideraciones éticas a implicar en el estudio y se indican los principios enunciados previamente.

#### VI. 9.3 Informe Belmont:

a) Durante la investigación se protegió la autonomía de los sujeto de investigación, protegiendo su autonomía, su capacidad de decidir con libertad si deseaban o no participar en el estudio, una vez explicados, riesgos y beneficios.

b) Se solicitó al sujeto de investigación su aprobación mediante el consentimiento informado, en donde se avisó al sujeto que es libre de aceptar participar en la investigación tras una amplia explicación de esta y con todo derecho de retirarse cuando el sujeto lo deseara.



c) Se buscó incrementar los beneficios para los sujetos de investigación, que será aumentar el nivel de adherencia terapéutica al entregar información mediante tríptico, así como mejorar la relación médico paciente y reducir los riesgos probables, los cuales son complicaciones metabólicas relacionadas a su enfermedad crónico degenerativa.

d) Se realizaron únicamente encuestas.

3. Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Investigación para Salud, título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

ARTICULO 13.- Se respetó la dignidad y se protegieron los derechos y bienestar de los sujetos de investigación con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica.

ARTICULO 14.- El estudio se basó en los principios científicos y éticos, en base a conocer la relación médico paciente y la adherencia terapéutica que tienen respecto a sus enfermedades crónicas degenerativas. Por lo que se benefició al final del estudio, se entregó de un tríptico informativo sobre medidas y técnicas para llevar adecuadamente una adherencia terapéutica. Por lo que realizó por una profesional de la salud, la cual cuenta con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad de la persona, supervisada por médico especialista y bajo la responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social, se contó con los recursos suficientes para la realización de las encuestas, así como los trípticos

ARTÍCULO 15.- Se utilizó un método aleatorio para la selección de sujetos de investigación para participantes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica y se tomaron las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño.

ARTÍCULO 16.- Se protegió la privacidad del sujeto de investigación, solicitando información sólo cuando los resultados se requieran y lo autoriza.

ARTÍCULO 17.- Este estudio de investigación fue con riesgo mínimo ya que fue mediante aplicación de cuestionarios sobre la adherencia terapéutica y relación médico paciente.

ARTÍCULO 20.- Contó con consentimiento informado, mediante el cual el sujeto de investigación autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza los procedimientos y riesgos a los que se sometió en el cual se expusieron riesgos, beneficios, capacidad de libre elección.

Artículo 21: Se explicaron de manera clara el consentimiento informado, sobre todo los aspectos de justificación, objetivos, procedimientos a realizar, las posibles molestias.

ARTÍCULO 21.- Se le explicó de manera clara y explícita, al sujeto de investigación el consentimiento informado de tal forma que pudo comprenderla, por lo menos sobre: justificación, objetivos, procedimientos, molestias o riesgos esperados, así como beneficios que logran observarse, garantía de recibir respuesta a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios, libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.

ARTÍCULO 24.- En este protocolo de investigación no existió dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador.

#### VI.9.4 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 012-SSA3-2012.

El protocolo de investigación se realizó en la Unidad De Medicina Familiar Número 64, la cual cuenta con la infraestructura y la capacidad resolutoria suficiente para proporcionar en todo caso, la atención médica adecuada. No se condicionó a la atención médica a cambio de otorgar firma en el consentimiento informado, durante la realización del protocolo no se puso en riesgo en ningún momento la integridad de los sujetos de investigación, con riesgos mínimos durante su desarrollo.

La residente de medicina familiar cargo del proyecto es la responsable de la planeación, así como de dirigir los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del sujeto a investigar. Esto mismo se vio reflejado en nuestro consentimiento informado. El investigador se abstuvo de obtener consentimiento informado de manera personal con los sujetos de investigación ligados a manera de dependencia, ascendencia o subordinación.

Se respetó el derecho del sujeto investigación a dejar de participar en la investigación en el momento que lo deseara, así como no se cobraron cuotas de recuperación a los sujetos investigados por participar en ella.

Se protegieron los datos personales de los sujetos de investigación, durante el desarrollo de la investigación, como en fase de publicación o divulgación de los resultados.

VI.9. 5. Ley federal de protección de datos personales en posesión de las particulares:

Artículo 7: La obtención de datos de esta investigación no se hizo de manera fraudulenta, ni engañosa, se recabó y tratará de manera lícita conforme a las disposiciones de esta ley.

Artículo 8: El consentimiento informado se solicitó expresado por voluntad propia por escrito, así como se ratificó de manera verbal.

Artículo 9: Se describió por escrito, así como verbalmente el hecho de preguntas que pudieran causar incomodidad al sujeto de investigación, se obtuvo su consentimiento expreso y por escrito, mediante su firma autógrafa.

Artículo 10 y 13: Se interrogaron datos personales sensibles que no pudiesen llegar a afectar de manera grave al sujeto para la obtención de datos requeridos para este estudio.

Artículo 11: El investigador responsable se encargó de que los datos personales obtenidos fuerón correctos, pertinentes y actuales.

Artículo 12: Se cumplió únicamente con los objetivos del estudio para la obtención de datos personales, esto se vio reflejado también en el consentimiento informado.

Artículo 14: Se cuidó el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por la ley, con las medidas necesarias para su aplicación.

Consentimiento informado:

Documento en donde el sujeto de investigación acepta de manera voluntaria, o no, participar en un estudio de investigación, con firma y fecha. Se comprendió de dos partes, la primera en donde se proporciona la información de la investigación, y la segunda en donde el sujeto a investigar firmo al aceptar participar.

Información:

El documento escrito fue la base y guía de explicación verbal, discusión del estudio al sujeto. Posterior a esto se procedió a la firma del consentimiento.

Consentimiento:

El consentimiento informado fue firmado por el sujeto de investigación, en este caso son mayores de edad.

Balance riesgo / beneficio:

Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida, el consentimiento informado se comprendió por fecha y nombre de quien lo solicitó. Se seleccionó a los participantes por medio de muestreo aleatorio simple.

Se otorgó a los participantes un tríptico informativo sobre la importancia y estrategias para la adherencia terapéutica.

Tipo de riesgo:

1. Físicos: En este estudio no hubo posibilidad de ocasionar riesgos físicos dado a que únicamente se contestaron encuestas.
2. Psicológicos: Pudo haber incomodidad al contestar algunas preguntas dentro de la escala de PDRQ 9 debido a este estudio abarca temas asociados a la relación con su médico, lo que pudo generar incomodidad al contestarlas.
3. Sociales: Los posibles riesgos al contestar estos cuestionarios pudieron ser sentimiento de culpa, rechazó a su médico de familia, rechazo al tratamiento. por la presencia de algunas preguntas acerca de adherencia terapéutica.
4. Económicos: En este estudio no se presento ya que el material de impresión de encuestas se encuentra dentro de la unidad, y en caso de ser necesario el gasto, será a cargo del médico residente a cuidado del presente estudio.

En cuanto a los beneficios, se ofrecerían los relacionados con la salud, en este caso al encontrar anomalías en alguno de los cuestionarios se solicitó buscar estrategias para mejorar la relación médico paciente y la adherencia terapéutica.

Tipos de beneficios:

Psicosociales: Al encontrar anomalía se podrá tratar de manera oportuna, y búsqueda de estrategias y mejorar la calidad de vida en diabéticos tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. Iniciar con explicar el tipo de adherencia terapéutica.

Afinidad: la recompensa de que su participación benefició a otros sujetos con diabetes tipo 2 hipertensión arterial sistémica.

Laboral / académico: Obtención de título y acreditación para el residente de medicina familiar.

Se garantiza que estos beneficios se cumplirán en los sujetos de investigación

Confidencialidad de los datos: En este estudio se requirió únicamente un número de folio con la finalidad de obtener orden estadístico para su identificación, así como datos requeridos para la finalidad de este estudio, tales como edad, escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, tipología de familia.

De igual manera en caso de ser publicada esta investigación, se resguardarán los posibles datos que puedan dañar la privacidad de los sujetos de investigación, tomando únicamente los datos y resultados obtenidos con la finalidad de comunicar el conocimiento y los resultados del estudio.

VI.9. 6 CIOMS (consejo de organizaciones internacionales de ciencias médicas).  
Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos:

Pauta 1: Esta investigación tuvo valor social y científico por lo que se justificó éticamente para su realización, se preservaron los derechos humanos, se respetaron y protegieron de manera justa a los participantes del estudio. Así como se buscará tengan beneficio del estudio.

Pauta 3: Los beneficios del investigador y del sujeto a investigar fueron equitativos, de manera que no sobrepase uno al otro. Se identificaron a los seleccionados de manera científica, sin distinguir situación social, económica o la facilidad de manipulación.

Pauta 4: Se aseguró por medio del investigador, los comités de ética que los riesgos sean mínimos en este proyecto de investigación, con la posibilidad de obtener un beneficio individual, social y científico.

Pauta 8: Se sometió a revisión ética y científica por parte de comités de ética de investigación, los cuales fueron competentes e independientes.

Pauta 9: El investigador cumplió con la obligación de dar a los participantes la información pertinente así como la oportunidad de dar su consentimiento ya sea de manera voluntaria e informada para participar en esta investigación.

Pauta 10: No fue necesario la realización de cambios en el consentimiento informado.

## **VII. ORGANIZACIÓN**

En el presente trabajo de investigación fue realizado por:

Tesista: M.C y P. Ruiz Garcia Julia Alejandra

Médico residente de tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar, quien fue la encargada de captar sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica para la investigación, así como la debida aplicación de cuestionario PDQRM 9 y Test de Morisky Green en la Unidad de Medicina Familiar número 64.

Director: E. en M. F Jehú Arturo Tamayo Calderón.

Médico especialista en medicina familiar, quien participo en la elaboración de la tesis, supervisando y apoyando cada proceso de investigación.

Para efectos de publicación y presentación en eventos académicos ( foro y congresos), el tesista aparecera como primer autor y el director de tesis como segundo autor en todos los casos. El director de tesis será autor de correspondencia en caso de publicaciones.

Recursos humanos:

El protocolo de investigación fue realizado por el médico residente de tercer año de especialidad en medicina familiar Ruiz García Julia Alejandra, adscrita a la unidad de medicina familiar número 64 Tequesquahuac, llevando a cabo la aplicación de los siguientes cuestionarios: PDRQ – 9 Patient doctor relationship questionnaire (anexo 4), MMAS-8 Escala de adherencia a la medicación de Morisky (anexo 4).

El especialista en Medicina Familiar Jehú Tamayo Calderón participó en la supervisión del protocolo de investigación como asesor del mismo, dándole seguimiento, realizando revisiones, así como contribuyendo al diseño del mismo llevando a cabo el seguimiento de este a lo largo del tiempo establecido, revisó



críticamente la propuesta del estudio, generando contribuciones sustanciales a la concepción y diseño de mismo.

Recursos físicos:

Se contó con las salas de espera de los consultorios de la Unidad de medicina familiar número 64, hojas e impresiones para los consentimientos informados y trípticos entregados, plumas.

Recursos financieros:

Como recursos se utilizaron hojas, plumas, laptop, los gastos generados fueron cubiertos por el médico residente Ruiz García Julia Alejandra.

## VIII. RESULTADOS

### VIII.I ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

Se realizó el presente estudio observacional, transversal y analítico en el periodo de Septiembre 2020 a Noviembre 2020 con una muestra de 268 en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica entre 30 a 70 años de edad, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Al analizar la distribución de los datos y corroborar la normalidad, se utilizó la prueba U de Mann Whitney; obteniéndose una P – con valor de .397

Obteniendo los siguientes resultados, en cuanto a la asociación entre la relación médico paciente y adherencia terapéutica se encontró una mediana relación médico paciente 32 (39.5%) y una alta adherencia terapéutica 65 ( 54.2 %) por lo que asocia a una mediana RMP y alta adherencia. **(Tabla 1, Grafica 1).**

La relación médico paciente en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la Unidad de Medicina Familiar número 64 con los siguientes resultados: con frecuencia adecuada RMP 44.8 % (120), Mediana RMP 30.2 % (81), Inadecuada RMP 23.9 % (64). **(Ver tabla y grafica 2).**

Se identificó la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la Unidad de Medicina Familiar número 64 con los siguientes resultados con frecuencia Baja adherencia terapéutica 22.4 % (60), Media adherencia terapéutica 30.6% (82), Alta adherencia terapéutica 46.6 % (125). **(Ver Tabla 3 y Gráfica 3).**

La muestra de pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, por distribución de edad fue en total se identificó en edades de 30-39 años en un 7 % (2), mientras que de 40 a 49 años 3.7% (10), 50-59 años 27.9% (75), 60-70 años 67.5% (181). **(Ver Tabla 4 y Grafica 4).**

El genero de los pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, masculino en 32.1 % (86) y por lo que predomino sexo femenino en 67.9% (182). **(Ver Tabla 5 y Grafica 5).**

La escolaridad en paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, se distribuyó en primaria en 46.6% (125), mientras que secundaria 29.5% (79), preparatoria 15.3% (41), universidad 8.2% (22) y sin posgrado 4% (1). **(Ver Tabla 6 y Grafica 6).**

El estado civil de los en paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, soltero 8.2% (22), casado 65.3% (175), viudo 19.8% (53), unión libre. 3.4 % (9), divorciado 3.4 % (9). **(Ver Tabla 7 y Grafica 7).**

Tipo de familia en paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, Familia nuclear 55.2% (148), familia seminuclear 22.4 % (60), familia extensa 19.8 % (53), familia extensa compuesta 1.5 % (4). **(Ver Tabla 8 y Grafica 8).**

El nivel socioeconómico paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, nivel A/B 5.2 % (14), nivel C+ 14.9 % (40), nivel C 34.3 % (92), nivel D+ 17.2 % (46), nivel D 20.1 % (54), nivel 8.2 % (22). **(Ver Tabla 9 y Grafica 9).**

## TABLAS Y GRÁFICAS

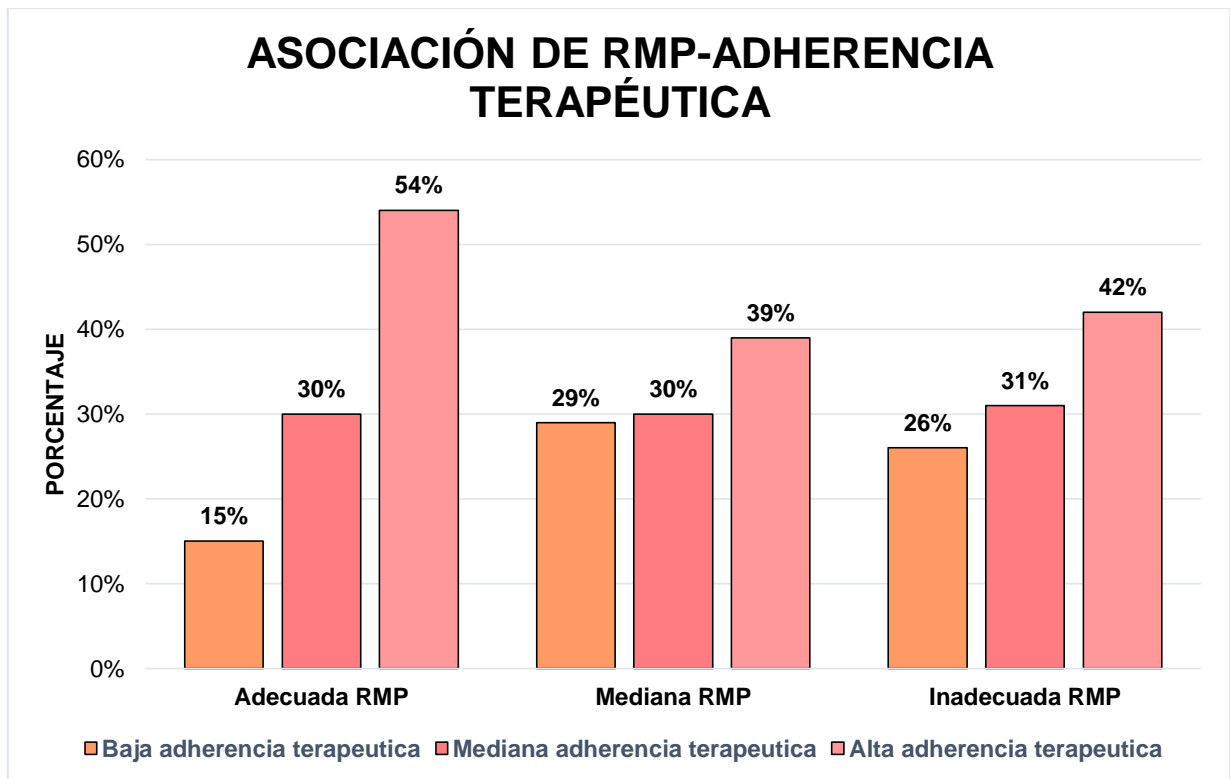
Tabla 1. Asociación de la relación médico paciente con la adherencia terapéutica en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la Unidad de Medicina Familiar número 64.

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE		Adecuada Relación Médico Paciente		Mediana Relación Médico Paciente		Inadecuada Relación Médico Paciente	
		F	%	F	%	F	%
<b>Baja Adherencia Terapéutica</b>	<b>Adherencia</b>	18	15 %	24	29.6%	17	26.6%
<b>Mediana Adherencia Terapéutica</b>	<b>Adherencia</b>	37	30.8%	25	30.9%	20	31.3%
<b>Alta Adherencia Terapéutica</b>	<b>Adherencia</b>	65	54.2%	32	39.5%	27	42.2%

F: Frecuencia, %: Porcentaje, Prueba estadística U de Mann Whitney, obteniendo  $P=.397$

Fuente: PDRQ-9 y MMAS-8.

Grafica 1. Asociación de la relación médico paciente con la adherencia terapéutica en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la Unidad de Medicina Familiar número 64.



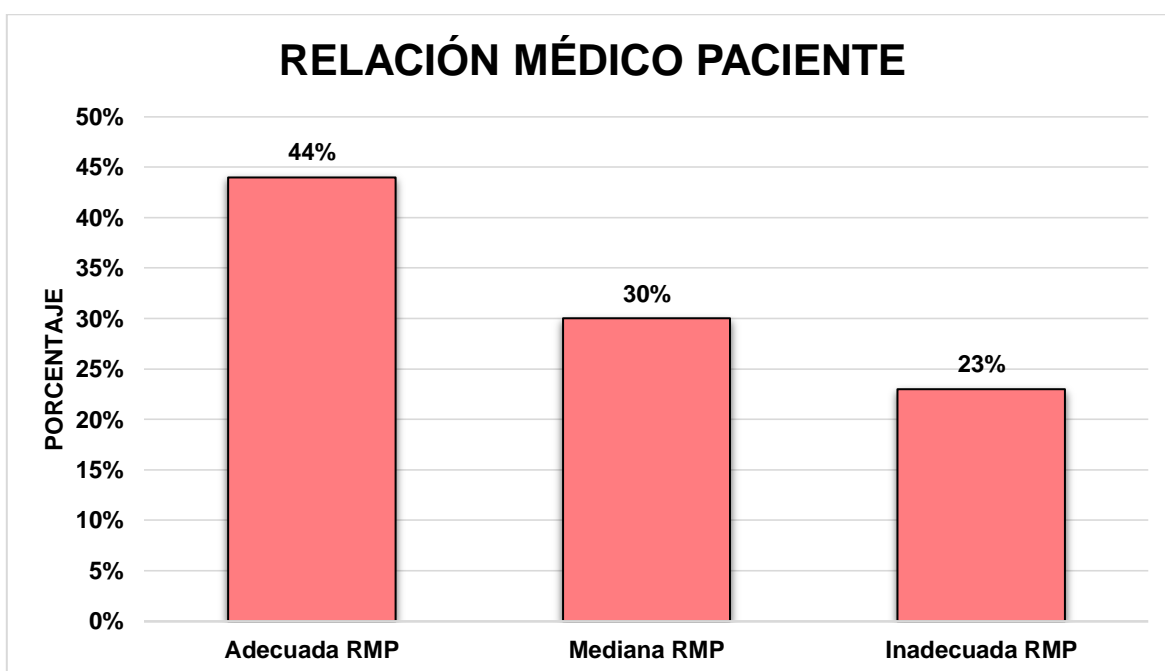
Fuente: Tabla 1

Tabla 2. Relación médico paciente de sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	Fr	%
Adecuada RMP	120	44.8
Mediana RMP	81	30.2
Inadecuada RMP	64	23.9

Fuente: Resultados obtenidos de cuestionario PDRQ9. Fr: Frecuencia %: Porcentaje

Grafica 2. Relación médico paciente de sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.



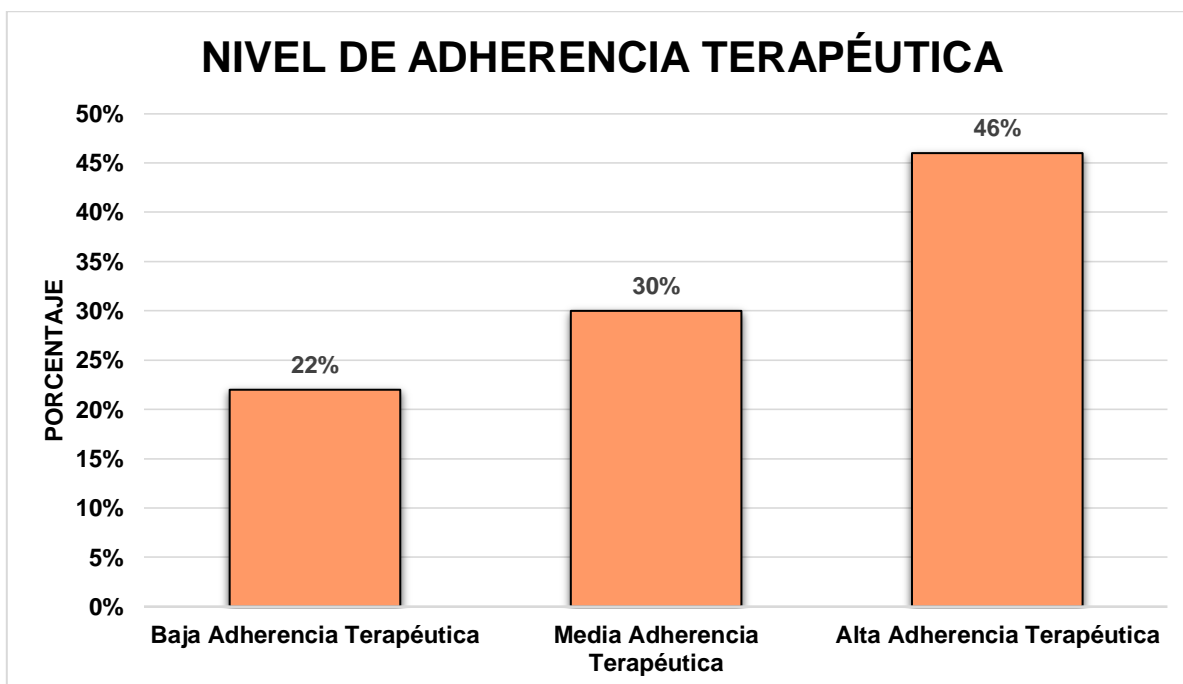
Fuente:Tabla 2

Tabla 3. Adherencia Terapéutica de sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.

<b>ADHERENCIA TERAPÉUTICA</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>Baja Adherencia Terapéutica</b>	<b>60</b>	<b>22.4%</b>
<b>Mediana Adherencia Terapéutica</b>	<b>82</b>	<b>30.6%</b>
<b>Alta Adherencia Terapéutica</b>	<b>125</b>	<b>46.6%</b>

Fuente: Resultados obtenidos de cuestionario Morisky Green. Fr: Frecuencia  
%: Porcentaje

Grafica 3. Adherencia Terapéutica de sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.



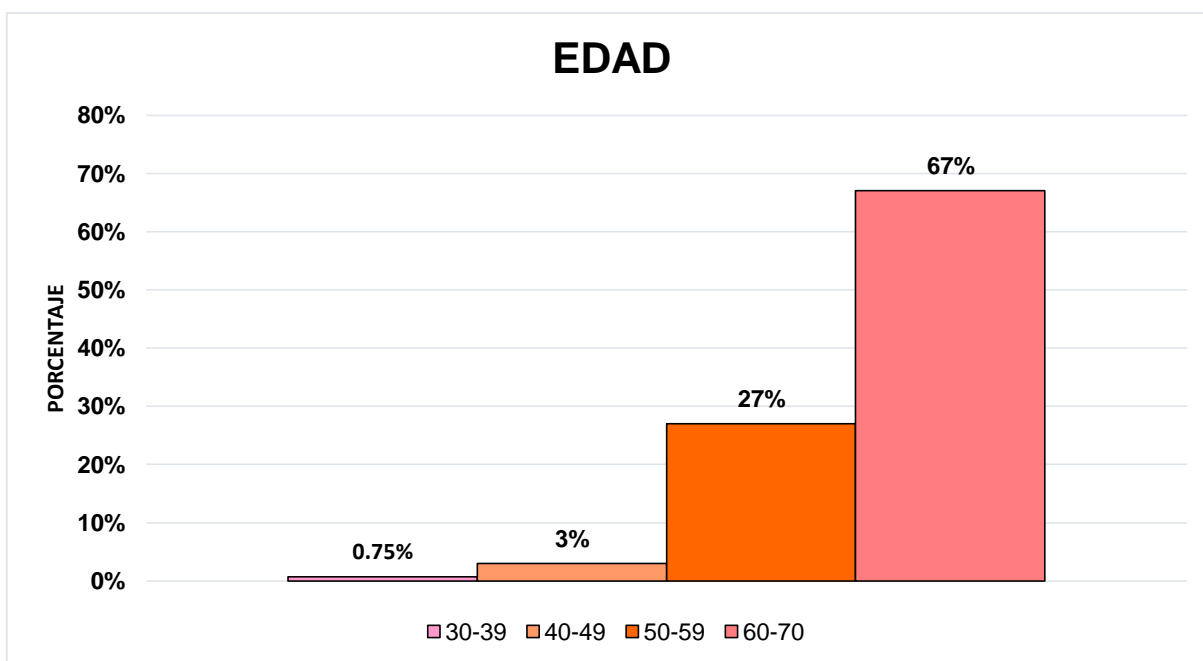
Fuente: Tabla 3

Tabla 4. Edad de sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.

RANGO DE EDAD	Fr	%
30-39 años	2	.7%
40-49 años	10	3.7%
50-59 años	75	27.9%
60-70 años	181	67.5%
TOTAL	268	100 %

Fuente: Cédula de identificación. Fr: Frecuencia %: Porcentaje

Grafica 4. Edad de sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.



Fuente: Tabla 4

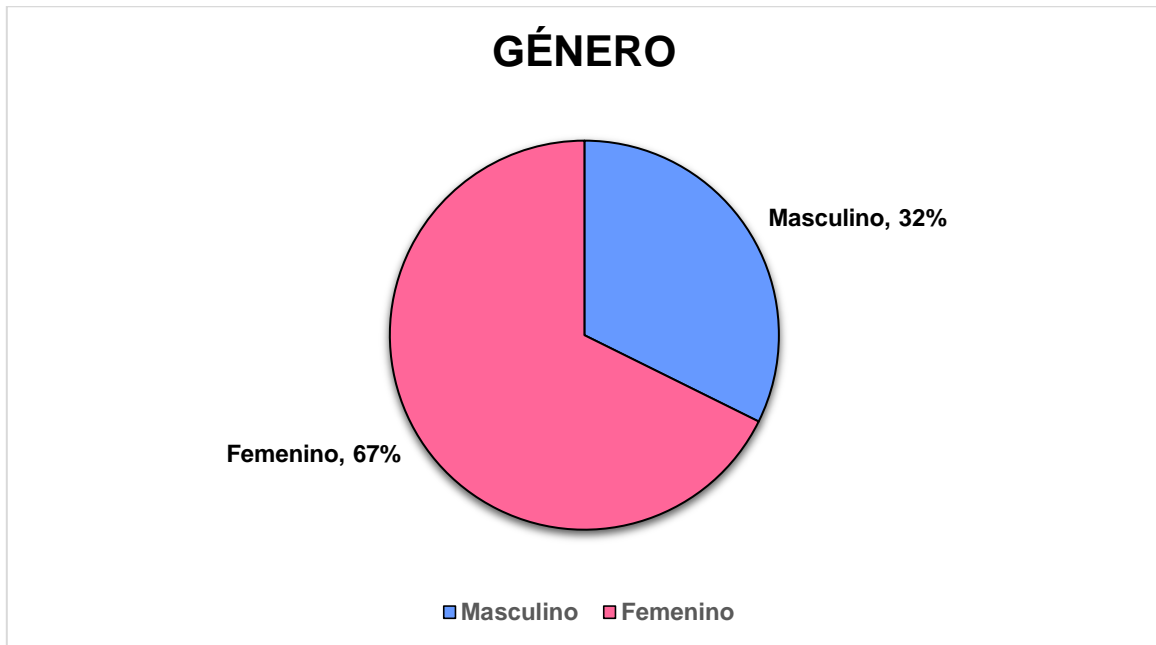


Tabla 5. Genero en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.

<b>GENERO</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>MASCULINO</b>	86	32.1%
<b>FEMENINO</b>	182	67.9%
	268	100 %

**Fuente: Cédula de identificación. Fr: Frecuencia %: Porcentaje**

Grafico 5. Genero en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.



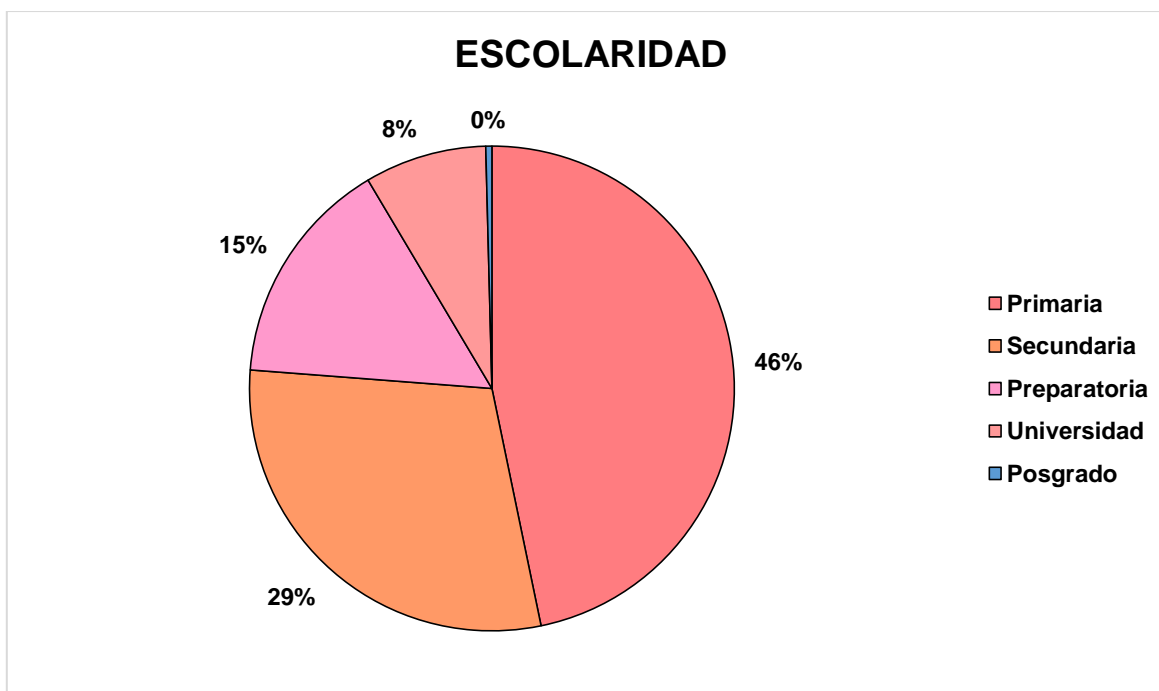
**Fuente: Tabla 5**

Tabla 6. Escolaridad sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.

ESCOLARIDAD	Fr	%
Primaria	125	46.6%
Secundaria	79	29.5%
Preparatoria	41	15.3%
Universidad	22	8.2%
Posgrado	1	.4%

Fuente: Cédula de identificación. Fr: Frecuencia %: Porcentaje

Grafica 6. Escolaridad sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.



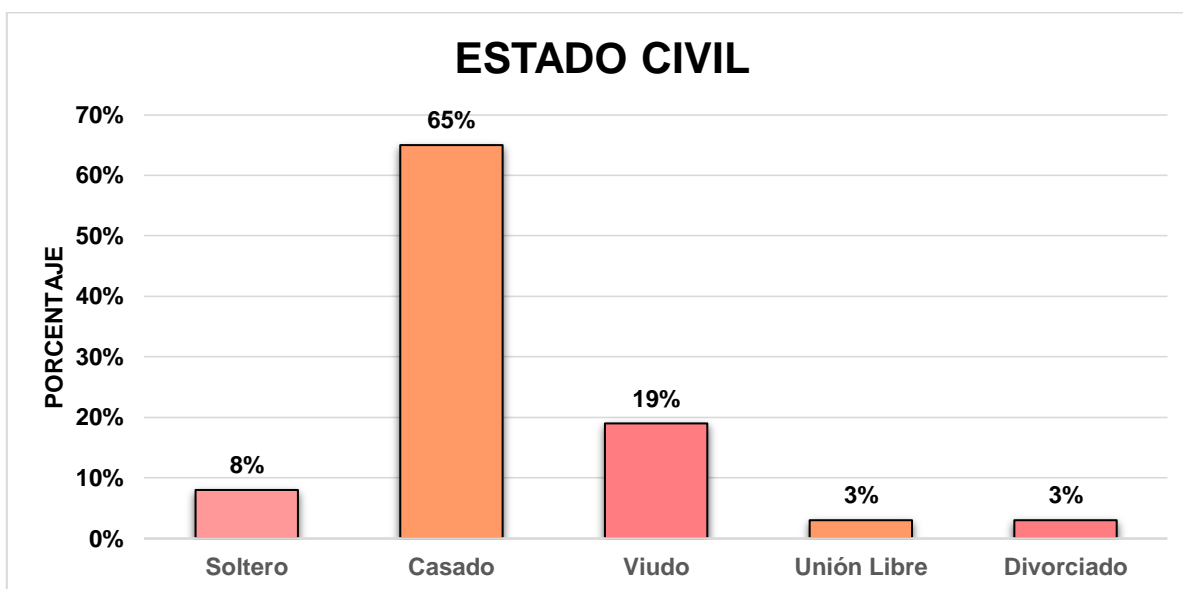
Fuente: Tabla 6

Tabla 7. Estado Civil sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.

VARIABLES	Fr	%
Soltero	22	8.2%
Casado	175	65.3%
Viudo	53	19.8%
Unión libre	9	3.4%
Divorciado	9	3.4%

Fuente: Cédula de identificación. Fr: Frecuencia %: Porcentaje

Graficos 7. Estado Civil sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.



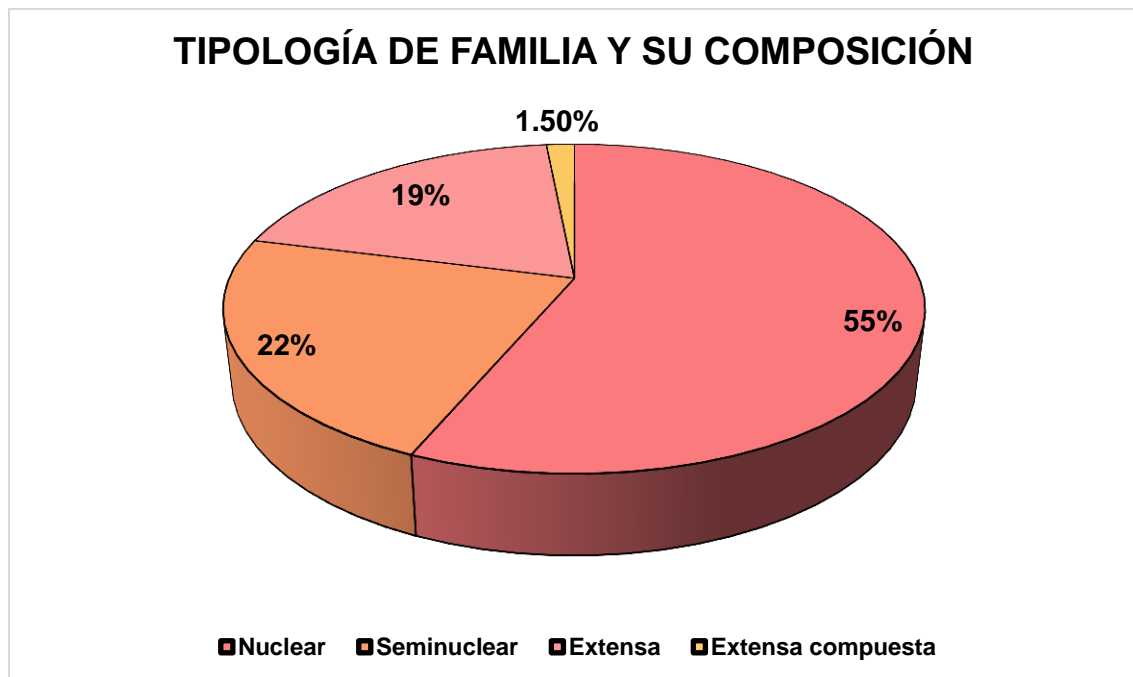
Fuente: Tabla 7

Tabla 8. Tipología de familia sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.

TIPO DE FAMILIA	Fr	%
Núclear	148	55.2%
Seminuclear	60	22.4%
Extensa	53	19.8%
Extensa compuesta	4	1.5%

Fuente: Cédula de identificación. Fr: Frecuencia %: Porcentaje

Grafica 8. Tipología de familia sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.



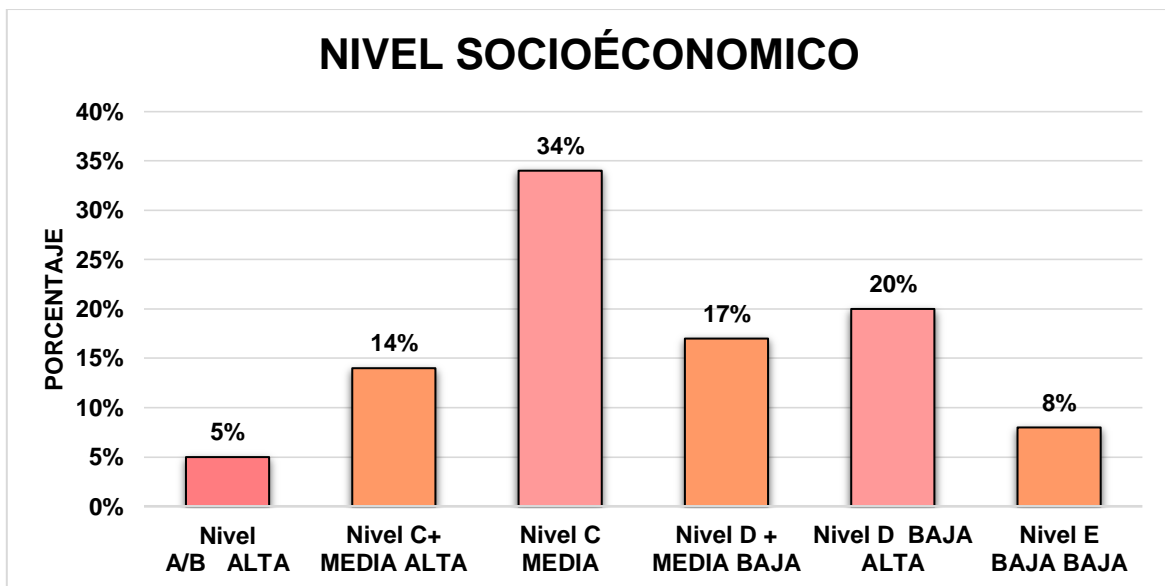
Fuente: Tabla 8

Tabla 9. Nivel socioeconómico en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	Fr	%
Nivel A/B	14	5.2
Nivel C+	40	14.9
Nivel C	92	34.3
Nivel D+	46	17.2
Nivel D	54	20.1
Nivel E	22	8.2

Fuente: Cédula de identificación. Fr: Frecuencia %: Porcentaje

Grafica 9. Nivel socioeconómico en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la Unidad de Medicina Familiar número 64.



Fuente: Tabla 9

## IX. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

En la presente investigación se encontró que en el periodo Octubre 2020 a Noviembre 2020, con una muestra de 268 pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica entre 30 y 70 años, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

Al analizar la relación médico paciente en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, y como afecta en su adherencia terapéutica, por lo que es importante que se establezca adecuada relación médico paciente para mejorar adherencia terapéutica.

En relación con el objetivo principal de este estudio en donde se busca si existe asociación entre la relación médico paciente y adherencia terapéutica, mediante la prueba estadística U de Mann Whitney, se obtiene una significancia estadística de  $p= 0.397$ , lo cual interpreta que no es estadísticamente significativo entre las variables ya que para el cumplimiento de la hipótesis el valor es mayor a 0.05.

El presente estudio se realizó con el objetivo principal, de mostrar la importancia de la relación médico paciente para una adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, para mejorar su autocuidado y control de enfermedad crónica degenerativa, se encontró que existe una adherencia terapéutica en 96.4% independientemente del tipo de relación médico paciente, por lo que no existió relevancia sobre la Relación Médico Paciente.

En este estudio se asoció la relación médico paciente y adherencia terapéutica en paciente con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica; encontrando que del total de la población con adecuada, mediana e inadecuada relación médico paciente tienen una alta adherencia terapéutica, sin importar el tipo de relación médico paciente se encontró que se encuentra alta adherencia terapéutica.

En contraste con estudio realizado en Colombia en 2018, sobre relación médico paciente y adherencia terapéutica de Ruiz Lurdury <sup>(42)</sup>, en pacientes asmáticos; en

un estudio de caso colectivo cualitativo que involucro a 24 pacientes adultos diagnosticados con asma concluyendo que: una pobre relación médico paciente indujo a los pacientes a ser menos propensos a tomar la medicación ya fuera debido a que no les gusto de la actitud del médico durante la consulta, o que sintieron que el médico no fue muy consciente de la condición del paciente y de su historia clínica, a fin de tomar una decisión optima en cuanto al tratamiento, en contraste con resultados obtenidos hallazgos del tipo de los expuestos por Lucca y cols, que expresan un bajo porcentaje en los factores relacionados con el médico para la no adherencia de los pacientes al tratamiento tales como la falta de una instrucción adecuada en relación con la forma de administración del medicamento, dosis, frecuencia, duración etcétera o la falta de comunicación con quien prescribe el tratamiento. Sin embargo hay que considerar que la población estudiada en el artículo del autor se trata de un estudio a búsqueda de artículos en las base de datos: PUBMED, EMBASE, SCIELO, MEDICLATINA, MEDLINE y SCHOLAR ACADEMIC, utilizando combinaciones de las mismas, por lo que no asocia como es en nuestro caso, no utiliza los instrumentos para medir la relación médico paciente PDRQ- 9 y adherencia terapéutica MMAS-8, y fue un estudio observacional, que ademas no considero las variables como en nuestro estudio.

En otro estudio realizado por Sotelo <sup>(43)</sup> arrojo que el porcentaje de la deficiente relación médico paciente, en personas que no tuvieron adherencia al tratamiento farmacológico fue 14.5%, cifra mayor que los individuos que tuvieron adherencia al tratamiento, fue 7%, con diferencias estadísticas significativas en comparación a nuestro estudio pacientes que con baja adherencia terapéutica fue de 15% a los que tuvieron alta adherencia terapéutica 54.2 %. Por lo tanto la mala relación incrementa en casi dos veces la probabilidad de no adherencia al tratamiento farmacológico. Por lo tanto concluyó que comparativamente la frecuencia porcentual de la mala relación médico paciente es superior en pacientes sin adherencia al tratamiento farmacológico que en pacientes adherentes a dicho tratamiento. La mala relación médico paciente se asocia con la no adherencia al tratamiento farmacológico como factor de riesgo. Por lo tanto de acuerdo a mi

estudio, en comparación encuentro que el tener una mala relación médico paciente es un factor negativo para que el paciente no tenga una adherencia adecuada, sin embargo en el momento del estudio no influencio para tener una adherencia terapéutica adecuada.

Hablando sobre la adherencia terapéutica el autor Ocampo <sup>(44)</sup> explica que la no adherencia se asoció con el sexo masculino, bajo ingreso familiar, bajo nivel de educación, inadecuada reevaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos, en cuanto a los resultados de este estudio sobre adherencia terapéutica se asocia a sexo femenino, con nivel socioeconómico C clase media, bajo nivel de escolaridad primaria, con estado civil casados.

La relación médico paciente evaluada en nuestro estudio los pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica demostró que un 23.9 % estima que la relación médico paciente como inadecuada, 30.2% ve la relación médico paciente como medianamente adecuada, y un 44.8 % de sujetos refiere que la relación médico paciente es adecuada, como se aprecia en el realizado por Mercado Rodríguez <sup>(45)</sup> realizado en el hospital Regional Honorio Deldado en Perú, en donde se ve que un 77.13% de los pacientes percibe como buena la relación médico-paciente. Por lo que se encuentra una notable diferencia se debe a que en el estudio realizado por Mercado Rodríguez <sup>(45)</sup> . La población de estudio se encontraba en los servicios de hospitalización y el nuestros sujetos de investigación en consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 64 dónde se brinda consulta médica y otros servicios de salud, y se tiene contacto con el paciente más directo.

Por lo que en el estudio presente no asocia la adherencia terapéutica a su tipo de relación médico paciente, la conclusión, se aprecia que nuestro estudio favorece la importancia de un la relación médico paciente y el tratamiento multidisciplinario en el manejo de diabeticos tipo 2 e hipertensos, con acercamiento a la atención médica y a un seguimiento programado durante la consulta, que proporciona educación e influencia para cambios en los estilos de vida favorable.



Sandoval <sup>(45)</sup> afirma en su estudio que entre los motivos que la mala relación entre el médico y su paciente afecte la adherencia al tratamiento farmacológico, es que debido a la rapidez de la consulta evita dar instrucciones precisas acerca de la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico, incluso afecta la verificación de su comprensión y convencimiento, así mismo la discontinuidad de la atención por un mismo profesional, repercute en el reforzamiento de la adherencia farmacológica antihipertensiva, respecto a nuestro estudio realizado podemos encontrar que los pacientes definen como el tiempo de consulta no suficiente para la atención de sus padecimiento, en el cuestionario de PDRQ9 en la pregunta mi médico tiene suficiente tiempo para mi como apropiado en 21 %y algo apropiado 29 %.

Sin embargo, en nuestro estudio la adherencia al tratamiento no fue un factor asociado con el control a la relación médico paciente, aunque en los pacientes con adherentes hubo una mayor relación médico paciente. Por lo tanto, la existencia de otros factores en para lograr un adecuado control de enfermedades crónicas como lo es diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, los que actuarían por mecanismos no bien esclarecidos como se recomienda en algunas publicaciones previas de como es (relación médico paciente, estrés emocional y depresión, nivel educacional).

## **X. CONCLUSIONES**

Esta investigación relaciono la adherencia terapéutica con la relación médico paciente, en los sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, siendo un estudio en considerar estas variables.

Se concluyó que no hay asociación entre la relación médico paciente y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la Unidad de Medicina Familiar Número 64, ya que observamos que no se asocia la relación médico paciente con la adherencia terapéutica, se encontro que puede existir una inadecuada relación médico paciente y una alta adherencia terapéutica en el 42.2 % de pacientes , así mismo una adecuada relación médico paciente y una alta adherencia terapéutica en el 54.2%; existe una alta adherencia terapéutica y una mediana relación médico paciente en el 39.5%, sin embargo se encontro que habia cierto grado de incoformidad en los pacientes por el cambio constatante de médico familiar.

La relación médico-paciente influye de manera positiva y significativa en la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica.

Respecto al género que predomino en este estudio se puede asociar la mayor participación del género femenino para realizar el estudio, ya que la mayor población de la unidad de medicina familiar número 64 se trata de población femenina, en cuanto a los rangos de edad que predomino fue entre 60-70 años de edad, esto podría perjudicar un poco la relación médico paciente ya que se trata de adultos mayores que podrían tener algunas otras patologías en conjunto y podría dificultar la RMP, y en el aspecto de adherencia por el rango de edad algunos pacientes no toman su medicación ya que lo olvidan o por polifarmacia llegan a confundir sus medicamentos. La escolaridad que predomino fue primaria, y en último lugar posgrado, por lo que se pudo a ver afectado la adherencia terapéutica, en el aspecto de que se asocia a un bajo conocimiento de su enfermedad y de la importancia de acudir a su consulta mensual, y el control de su enfermedad crónico degenerativa.

El estado civil de pacientes estudiados, se encontro en mayor porcentaje casados, esto podría influenciar en la manera que perciben el apoyo de su pareja, para el acudir a sus citas mensuales y al tipo de adherencia terapéutica que muestran. El tipo de familia fue de predominio núcleoar esto influye en que toda la familia podría estar involucrado a que el paciente conlleve una adherencia terapéutica adecuada, y con eso sea más accesible la relación médico paciente con su médico familiar, en menor cantidad se trato de familia extensa compuesta. En cuanto al nivel socioeconómico en nivel C, en clase media esto influye en que tiene a su alcance el acudir a sus citas mensuales, realizar actividad física e incluir un estilo de alimentación acorde a su enfermedad, se encontro en menor porcentaje un nivel A/B esto alto por lo que se podría incluir que tienen más oportunidad de llevar un adecuado control y cumplir adherencia terapéutica completamente.

Este estudio de investigación hace prioridad a la trascendencia de mantener una adecuada relación médico, para que el paciente logre una alta adherencia terapéutica y con ello disminuir las complicaciones, un adecuado control metabólico.

Los pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, se redujo la afluencia de paciente; ya que en el momento en que se realizó este estudio nos encontrábamos en pandemia por COVID 19, lo cual se redujo la asistencia a su consulta mensual, aunado que se redujo el contacto físico que se podría tener, y en algunos pacientes se hacia evidente el miedo al acudir a una clínica por el riesgo mayor a contagio.

## **X.I RECOMENDACIONES**

Acorde con los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, se recomienda realizar distintas acciones como son:

La importancia de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica radica en mejorar el control metabólico y evitar complicaciones a corto plazo en conjunto con apoyo multidisciplinario.

- Explicar al paciente que es la adherencia terapéutica e importancia de llevarla a cabo para tener un control crónico de sus enfermedades: la adherencia terapéutica es tomar su medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en su estilo de vida.
- Ofrecer pláticas informativas sobre la importancia la adherencia terapéutica y como mejorar el control metabólico de su padecimiento crónico degenerativo.
- El médico familiar durante la consulta de algunas recomendaciones para mejorar la adherencia terapéutica.
- El médico familiar al detectar una mala adherencia terapéutica, será enviado a los servicios correspondientes y se tomaran medidas necesarias para mejorar el control metabólico y la adherencia terapéutica.
- Enviar con equipo multidisciplinario, conformado por trabajadora social, nutrición, psicólogo, para el conocimiento de su enfermedad, así como el manejo del paciente desde una perspectiva completa.
- Otorgar bitácora de glucosa en ayuno y de niveles de tensión arterial para llevar el control glucémico e hipertensivo y así un adecuado control por parte de su médico familiar en su citas subsecuente.

- Fomentar hábitos de vida saluables como es una dieta equilibrada, ejercicio moderado, para mejorar el control glucémico y de niveles de tensión arterial.
- Evitar polifarmacia y que el paciente haga omisión de la toma de medicamentos.
- Promover en los médicos un mismo lenguaje bidireccional que facilite la comprensión del paciente sobre su enfermedad.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

### Bibliografía:

1. OMS Organización Mundial de la Salud, 2020. [Internet] Disponible: <http://www9.who.int/about/mission/es/>
2. Rodríguez MA, Relación Médico Paciente, 8<sup>va</sup> edición, La Habana, Editorial ciencias médicas ECMED, 2008, 6-10.
3. Casanova JF. Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente. Horiz. Med. [Internet]. 2017 Jul [citado 2021 Sep 02] ; 17( 3 ): 43-49. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2017000300008&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300008&lng=es). <http://dx.doi.org/100.24265/horizmed.2017.v17n3.08>.
4. Rodríguez H, La relación médico-paciente, Revista Cubana Salud Pública v.32 n.4 Ciudad de La Habana oct-dic. 2006.
5. Villarreal, J, Articulación de lenguaje, praxis y poder: discurso en la relación médico-paciente. Salud, 2015, vol.19, supl., pp. 16-21. ISSN 1316-7138
6. González R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2004.
7. Dios JA, Jiménez M, La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial, MEDISAN v.13 n.1 Santiago de Cuba ene.-feb. 2009, 15-22.
8. Darío, A., Brito, E, Viejas y nuevas implicaciones de la relación médico-paciente y del método clínico, Revista cubana medicina, Ciudad de la Habana abr.-jun. 2017, 56(2), 150–154.
9. Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández, Hernández MA, Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar, archivos en medicina familiar, Vol.8 (2) 137-143.

10. Ruiz MR, Rodríguez JJS, Perula TL, Prados CJA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* 2002; 29 (3): 132-134.
11. Collins S. Explanation in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Medical Education* 2005; 39 (8): 785.
12. Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A review of the literature. *Soc Sci Med* 2001; 52 (6): 839- 851.
13. Fones C, Heock K, Lee G. What makes a good doctor: Defining the ideal end-product of medical education". *Academic Medicine*, 1998; V. 73 (5).
14. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstanding in general practice: qualitative study. *BMJ*, 2000; 320: pp. 484-488.
15. Infante CC, Abreu HLF, Reyes LI. Las quejas de los pacientes: Objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 1998; XIV (2): 173-191.
16. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico paciente. En: Couceiro A. (editora). *Bioética para Clínicos*. Madrid: ed. Triacastela; 1999:109–126.
17. Marsiglia G I, Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gaceta Médica Caracas*. 2006 Sep [citado 2020 Abr 30]; 114( 3 ): 183-189.
18. Azcarate-García E, Hernández-Torres I, Guzmán-Rivas M, Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *Revista Atención Familiar*, 2014 23 (3) 85-88.
19. Quintero F, Briceño C, Suárez N, Relación médico paciente y su importancia en el proceso de atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en adultos de 20 a 60 años en el Hospital Bosa II Nivel ESE, Bogotá, D.C, Salud Areandina Bogotá - Colombia. 15(2): 74-83.

20. Feltz-Cornelis CM, Oppen P, Marwijk HW, De-Beurs E, Dyck R, patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: Development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 115- 120.
21. Martín L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004 (30)4. Recuperado de : [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_4\\_04/spu08404.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm)
22. Martín-Fernández J , Cura-González M, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B, Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire, revista Elsevier Doyma, 2010;42(4):196–205.
23. Ramos E. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. revista cubana de angiología y cirugía vascular, 2015, 16 (2) , 175-189.
24. Ríos-Álvarez M, Acevedo-Giles O, González-Pedraza 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* Vol. 19, No. 4, Octubre-Diciembre 2011 pp 149-153.
25. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo Pruebas para la acción. Washington, D.C.:OPS; 2004.
26. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland: World Health Organisation; 2003.
27. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005 Aug 4;353(5):487–497.
28. Pagés-Puigdemont N , Valverde-Merino MI, Métodos para medir la adherencia terapéutica *Methods to assess medication adherence*, *Ars Pharm*. 2018; 59(3): 163-172.
29. Jiménez A, Ballesteros G, Visa P, Ferré ML, León M. Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test. *Atención primaria*. 1992 Oct 1;10(5):767-70.



30. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile, *Revista Perú Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):245-249. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2206.
31. Irigoyen A, *Nuevos Fundamentos de medicina familiar*, 6ª edición, México, Medicina Familiar Mexicana, 2014, 125-130.
32. Ramalho, R. (2008). Cátedra de Psiquiatría Hospital de Clínicas. FCM – UNA. Obtenido en Abril 10, 2018. De <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v41n1-2/v41n1-2a10.pdf>.
33. Cárdenas J, La relación médico – paciente, el arte de los comportamientos inteligentes, ética deontología y bioética, 1-2.
34. Dilla T, Valladares A, Lizan L, Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias, *elsevier doyma* 2009, 41 (6): 342-33.
35. López D, *Blog mentalmente, adherencia vs adherencia terapéutica*, 2015, [internet] <https://www.menteamente.com/blog-salud-mental/adherencia-persistencia-tratamiento>.
36. OMS, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
37. Definición de tiempo, [Internet] Disponible: <https://conceptodefinicion.de/tiempo/>.
38. Biblioteca Jurídica del Instituto de investigaciones jurídicas de la unam, capítulo decimo: la filiación. [Internet] Disponible: <http://biblio.juridicas.unam.mx>.
39. Guzmán C, Saucedo C, Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios: Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes, *revista mexicana de investigación educativa*, vol.20 no.67 México oct./dic. 2015.
40. Espino G, *Blog Psico mx, Tipología de familia*, [Internet] Disponible: <https://www.psico.mx/articulos/tipologia-familiar>.
41. Comité de nivel socioeconómico, AMAI, Noviembre 2018, [Internet] Disponible: <http://www.amai.org/nse/wp-content/uploads/2018/04/Nota-Methodolo%CC%81gico-NSE-2018-v3.pdf>.

42. Ruiz R, relación médico paciente y adherencia al tratamiento, Ciencia Humanismo Salud, 2017. Volumen 4 número 1, 29-37.
43. Sotelo C, asociación de la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos, tesis médico cirujano, hospital de especialidades básicas La Noria, facultad de medicina humana escuela profesional de medicina humana, 2017.
44. Ocampo P. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos Rev Farmacia IC 2014; 5(2):181-191. (Citado 2 de Noviembre del 2015).
45. Sandoval Daniela, Chacón Javier, Muñoz Reinaldo, Henríquez Óscar, Koch Elard, Romero Tomás. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo: Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Oct [citado 2021 Ago 26] ; 142( 10 ): 1245-1252. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014001000003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000003>.

## XII ANEXOS

### XII.I DICTAMEN SIRELCIS



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, 04 de junio de 2020

Lic. JEHÚ TAMAYO CALDERÓN

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación de la relación médico paciente con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en la unidad de medicina familiar número 64, Tequesquahuac**, 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-2020-1401-020

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 CUÁZOCHPA DELGADILLO  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

Imedimic

IMSS  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## XII.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</b></p>	
Nombre del estudio:	Asociación de la relación médico paciente y adherencia terapéutica en sujetos con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica.	
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar número 64, 2020.	
Número de registro institucional:	En tramite	
Justificación y objetivo del estudio:	Una buena relación médico-paciente es importante en el abordaje de la diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, ya que aporta grandes beneficios no solo al paciente sino también al médico que lo atiende. Y la base de una buena relación se encuentra en la comunicación, que debe ser fluida, clara, sincera y basada en la confianza. En conjunto con la adherencia terapéutica, que es la toma de medicamentos bajo una receta médica, recomendaciones, con una dosificación adecuada y la persistencia de tomar medicamento por un tiempo determinado. Por lo que el objetivo de esta investigación, es conocer la relación médico paciente, ya que el médico familiar tiene una función importante para ayudar a mejorar calidad de vida, para adoptar hábitos de vida saludables y nos orienta cuando necesitamos ayuda en el manejo de enfermedades, y asociarlo con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica de la Unidad de Medicina Familiar número 64 Tequesquahuac en 2020.	
Procedimientos:	Le invitamos a participar en la investigación para lo cual se solicita contestar una encuesta que consiste en colocar sus datos como edad, género, nivel de estudios, estado civil, nivel socioeconómico, y tipo de familia, y posterior responder 2 cuestionarios de 8 y 9 preguntas respectivamente, los cuales serán de manera anónimo. Se trata de una encuesta auto aplicable y aplicable, según sea el caso. Para así poder valorar la relación médico paciente y adherencia terapéutica. Al termino de cuestionarios se les otorgará por medio de médico residente Julia Alejandra Ruiz García, un tríptico informativo sobre adherencia terapéutica para fomentar medias de adherencia, la importancia y el significado de adherencia terapéutica.	
Posibles riesgos y molestias:	Puede presentar pena al responder algunas de las preguntas de la encuesta, mismas que tendrá un lapso de 25 minutos.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Oportunidad de conocer la relación médico paciente con su médico de familia, y su toma de medicamentos adecuadamente, usted obtendrá un beneficio directo ya que se lo otorgará un tríptico informativo con las medidas necesarias y estrategias para cumplir el tratamiento indicado.	
Información sobre resultados y alternativas de	Al término se obtendrán resultados y se analizarán con el investigador, se	

tratamiento:	otorga un tríptico informativo sobre la importancia adherencia terapéutica.
Participación o retiro:	Usted es libre no aceptar participar en la investigación y conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento que considere conveniente, esto no afectara su atención en el IMSS o con su médico familiar.
Privacidad	Se garantiza confidencialidad y privacidad tanto en los datos de identificación personal, y resultados obtenidos de cuestionarios realizados, se garantiza anonimato, leer aviso de privacidad.
<b>Declaración de consentimiento:</b>	
Después de haber leído y habiéndose me explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
	No acepto participar en el estudio.
	Si acepto participar y contestar cuestionarios.
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	
Investigadores Responsables:	Julia Alejandra Ruiz García teléfono 5539003971 <a href="mailto:Juuliaruga@outlook.com">Juuliaruga@outlook.com</a> Jehú Arturo Tamayo Calderón teléfono 5591997967 <a href="mailto:yehukald@gmail.com">yehukald@gmail.com</a>
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: <a href="mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx">comité.eticainv@imss.gob.mx</a>	
Nombre y firma del participante	<b>RUIZ GARCIA JULIA ALEJANDRA</b> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1  Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2  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.	
<b>Clave: 2810-009-013</b>	

## XII.3 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**Asociación de la relación médico paciente con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, en la unidad de medicina familiar número 64, Tequesquihuac.**

Fecha:

Folio:

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Instrucciones, favor de colocar fecha, y contestar el siguiente cuestionario, el cual corresponde a preguntas generales sobre su situación actual, constará de varios incisos de los cuales deberá marcar con X en el cuadro de la respuesta.

1. Edad \_\_\_\_\_ años

2. Género: **FEMENINO**

**MASCULINO**

3. Escolaridad:

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Universidad

Posgrado

4. Estado civil:

Soltero ( a )

Casado ( a )

Viudo ( a )

Unión libre

Divorciado ( a )

4. Tipología de familia por su composición:

Nuclear (Esposo, esposa con o sin hijos)

Seminuclear (esposo o esposa, con hijos)

Extensa (conyugue e hijos que viven con otros familiares)

Extensa compuesta (conyugue e hijos que viven con otros familiares, amigos o compadres)

5. Nivel socioeconómico:

- 1) Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela? \_\_\_\_\_.
- 2) ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda? \_\_\_\_\_.
- 3) ¿cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja? \_\_\_\_\_.
- 4) Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet? \_\_\_\_\_.
- 5) De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes? \_\_\_\_\_.
- 6) En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños? \_\_\_\_\_.

6. Nivel socioeconómico:

## VII.4 CUESTIONARIOS PDQR-9 Y MMAS-8

CUESTIONARIO ADHERENCIA TERAPÉUTICA ( MMAS-8 ITEMS) TEST DE MORISKY GREEN  
8 PREGUNTAS. **Marque con X la respuesta en su caso:**

PREGUNTAS	NO			SI	
6. ¿A veces se le olvida tomar las pastillas?					
7. En las últimas dos semanas ¿hubo algún día que se le olvidó tomar la medicina?					
8. ¿alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico?					
9. ¿Cuándo viaja o está afuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina?					
10. ¿Tomo su medicina el día de ayer? 11. Cuando siente que su padecimiento está bajo control. ¿Deja a veces de tomar su medicina? 12. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas ¿se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico?					
13. ¿Con que frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/ casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Habitualmente	Siempre

PATIENT DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONAIRE 9 PREGUNTAS (CUESTIONARIO  
RELACION MEDICO PACIENTE DE 9 PREGUNTAS). **Marque con X respuesta en su caso:**

PREGUNTAS	Nada apropiado	Algo apropiado	Apropiado	Bastante apropiado	Muy apropiado
14. ¿Mi médico me ayuda?					
15. ¿Mi médico tiene suficiente tiempo para mí?					
16. ¿Creo en mi médico?					
17. ¿Mi médico me entiende?					
18. ¿Mi médico se dedica ayudarme?					
19. ¿Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas?					
20. ¿Puede hablar con mi médico?					
21. ¿Me siento contento con el tratamiento de mi médico?					
22. ¿Siento a mi médico fácilmente accesible?					

## **XII.5 DESGLOCE FINANCIERO**

<b>MATERIAL</b>	<b>COSTO</b>	<b>COSTO APROXIMADO</b>
Laptop	\$13,000	\$13,000
Hojas Blancas	\$600	\$1000
Impresora	\$2,500	\$3,000
Plumas	\$300	\$400
Engrapadora	\$50	\$70
Grapas	\$30	\$59
Tablas para recargarse	\$20	\$25



## VII.6 TRIPTICO ADHERENCIA TERÁPEUTICA

### ¿Que es la adherencia terapéutica?

Es la relación con la toma de medicamento, el seguimiento de una dieta o la modificación de los hábitos de vida, se corresponde a las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud.

### ¿Por que es importante ser adherente a un tratamiento?

- 1) Mejora la relación profesional médico-paciente
- 2) aumenta el control de la enfermedad
- 3) disminuyen las complicaciones por enfermedad como diabetes tipo 2 e hipertensión arterial sistémica.

## UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 64 TEQUESQUINAHUAC

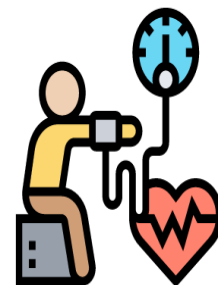
AV.BOMBEROS S/N UNIDAD HABITACIONAL TEQUEXQUINÁHUAC, COL. C.P.54030EDO. DE MÉXICO C.P. 54030, ESTADO DE MÉXICO NUM. TELÉFONO: 53 10 72 61

Elaborado por: Julia Ruiz García  
Médico residente de la especialidad de medicina familiar

## ¡ SABIAS QUE ... !

Acudes a consulta cada mes con tú médico familia

### Esto es para ti





## DIABETES TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

Tú que acudes a control cada mes con médico familiar, es importante que estés informado sobre la adherencia terapéutica y como lograr un control mensual en cada consulta, así como dudas sobre tú enfermedad y medicamentos recetados.

## QUE FACTORES INFLUYEN A QUE USTED TOME MEDICAMENTO:

Falta de información sobre la enfermedad y los medicamentos administrados, hábitos no saludables, falta de motivación.

Es importante  
que sigas las  
recomendacion  
es de tú médico  
familiar, y  
poder  
consultarlo  
ante cualquier  
duda.

## Medidas para mejorar adherencia terapéutica:

01

Se debe conocer las enfermedades que uno padece y la medicación que se toma para cada una de ellas..

02

No salgas de la consulta del médico con dudas y pregúnta a tú médico siempre que no tengas claro cualquier aspecto de tu enfermedad o de la medicación.

03

Tener una hoja actualizada del tratamiento pautado por tu médico y llevarla siempre contigo.

04

Si tienes problemas para recordar dificultad la medicación debes involucrar a su familia, amigos y/o cuidadores.

05

Si presentas efectos adversos consulta con tu médico antes de suspender la medicación por tu cuenta.

