



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**E INVESTIGACIÓN**

**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO**

**DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.**

**MODELO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
SISTÉMICA, DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA A  
TOLUCA, ISSEMYM.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**MC. JUANA ARELI SOTELO GUERERO**



TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO 2021

**“MODELO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
SISTÉMICA, DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA “A”  
TOLUCA, ISSEMYM”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**MC. JUANA ARELI SOTELO GUERRERO**

AUTORIZACIONES

*M. Esp. M.F. Martha Berenice Hernández Miranda  
7/da 3*

**M.ESP. M.F. MARTHA BERENICE HERNANDEZ MIRANDA**  
ASESOR DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE  
SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS  
SEDE HOSPITAL MATERNO INFANTIL

**TOLUCA, ESTADO DE MEXICO 2021**

**“MODELO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
SISTÉMICA, DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA “A”  
TOLUCA, ISSEMYM”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**MC. JUANA ARELI SOTELO GUERRERO**

**AUTORIZACIONES**



**DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ**  
**DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**



**ING. JOANA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION  
EDUCATIVA EN SALUD**

**"MODELO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA  
DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA "A" TOLUCA, ISSEMyM"**

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

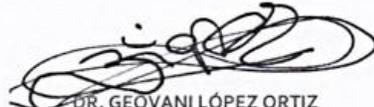
**PRESENTA**

**DRA. JUANA ARELI SOTELO GUERRERO**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA  
JEFE DE LA 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 SUBDIVISIÓN 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.**



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

## **AGRADECIMIENTOS:**

Imelda Guerrero González y Adonái Sotelo Quezada +:

Por darme la vida y sembrar en mí, la semilla de la honestidad y determinación.

Aslan Aarón y Aldo Alejandro Martínez Sotelo:

Mis hijos, lo más hermoso de mi vida, mi inspiración y trascendencia.

Alejandro Martínez Duarte:

Mi esposo, mi compañero de vida, mi gran amor y mi apoyo incondicional.

Jesús Salvador +, Elioenaí, Zizlila Janin, Citlalli y Eunice Edelín Sotelo Guerrero:

Por la gracia del origen que compartimos y estar a mi lado incondicionalmente.

Nelson Adonái, Luna Xitlalli, Alan, Jonathan Gabriel, Kamila, Sol Quetzalli, Meralys Zizlila y Gael:

Por ser la nueva generación que nos vislumbra un futuro prometedor.

A mi asesor de tesis y profesor titular del curso:

M. ESP. EN M.F. Martha Berenice Hernández Miranda

Por su paciencia y dedicación.

## **Modelo de relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, de la clínica de consulta externa “A” Toluca, ISSEMYM.**

### **Resumen.**

**OBJETIVO GENERAL:** Identificar el modelo de relación médico paciente que interviene en la adherencia terapéutica en los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, transversal y observacional. Se cuestionó a 100 pacientes hipertensos entre 40 y 60 años de edad, de la Clínica de consulta externa “A” Toluca, ISSEMYM, durante el periodo de abril a julio del 2021. Fué una muestra no aleatoria a conveniencia de 100 pacientes.

**RESULTADOS:** El modelo de relación médico paciente que se expresa en mayor porcentaje es modelo paternalista, se encontró 53% de apego a tratamiento médico, equiparable con porcentajes internacionales de apego a tratamiento médico. El 66% de los pacientes, afirma que la relación con su médico, tiene influencia en el apego al tratamiento.

**CONCLUSIONES:** No se puede concluir que el modelo deliberativo, descrito como el modelo ideal para lograr una adecuada relación médico paciente, tenga una influencia absoluta en lograr un apego a tratamiento médico, se observó en esta investigación, destaca el modelo paternalista , en casi todos los rubros de la encuesta el cual no aporta una equidad en la relación médico-paciente , esto se explica por qué todas las decisiones quedan a cargo del médico con nula participación por parte del paciente, y aún con este modelo, se mantiene el porcentaje 53% de pacientes con adecuado apego a tratamiento médico.

**PALABRAS CLAVE:** Relación médico paciente, tipo de relación, apego a tratamiento médico.

## **Model of doctor-patient relationship and therapeutic adherence in patient with Systemic Arterial Hypertension from the outpatient clinic "A" Toluca, ISSEMYM.**

### **Summary**

**GENERAL OBJECTIVE:** To identify the model of doctor-patient relationship that intervenes in therapeutic adherence in patients with Systemic Arterial Hypertension.

**MATERIAL AND METHODS:** Descriptive, cross-sectional and observational study. 100 hypertensive patients between 40 and 60 years of age from the Outpatient Clinic "A" Toluca, ISSEMYM, were questioned during the period from April to July 2021. It was a non-random convenience sample of 100 patients.

**RESULTS:** The doctor-patient relationship model that is expressed in the highest percentage is a paternalistic model, and 53% adherence to medical treatment was found, comparable with percentages of hospitalizations adherence to medical treatment.

**CONCLUSIONS:** It cannot be concluded that the deliberative model, described as the ideal model to achieve an adequate doctor-patient relationship, has the absolute influence on achieving an adequate adherence to medical treatment, because as we have observed in these results, the paternalistic model stands out in almost all the areas investigated, and even with the paternalistic model of doctor-patient relationship that prevails in the results in this study, the percentage of 53% of patients with adequate adherence to medical treatment remains. 66% of patients affirm that the relationship with their doctor influences their adherence to treatment.

**KEY WORDS:** Doctor-patient relationship, type of relationship, adherence to medical treatment.

# Índice

Número	Título	Página
1	Marco teórico.....	1
1.1.1	Antecedente de Adherencia Terapéutica.....	1
1.1.2	Definición de adherencia terapéutica.....	1
1.1.3	Evaluación de la adherencia terapéutica.....	2
1.1.4	Definición de relación médico paciente.....	4
1.1.5	Modelos de la relación médico-paciente.....	6
1.1.6	Antecedente de hipertensión arterial sistémica.....	8
1.1.7	Fisiopatología de la hipertensión arterial sistémica.....	9
1.1.8	Diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.....	9
1.1.9	Clasificación de la hipertensión arterial sistémica.....	11
1.1.10	Tratamiento de hipertensión arterial sistémica.....	12
1.2	Planteamiento del problema.....	17
1.3	Justificación.....	19
1.4	Objetivo.....	20
2	Material y métodos.....	21
2.1	Tipo de estudio.....	21
2.2	Diseño de Investigación.....	21
2.3	Población, lugar y tiempo.....	22
2.4	Tipo de muestra.....	22
2.5	Criterios.....	22
2.5.1	Criterios de inclusión.....	22
2.5.2	Criterios de exclusión.....	22
2.5.3	Criterios de eliminación.....	22
2.6	Variables (Tipo y escala de medición).....	22
2.6.1	Cuestionario Morisky Green y MAQ 4 de 4 ítems.....	22
2.6.2	Cuestionario instrumento relación médico-paciente.....	22
2.7	Definición conceptual y operativa de las variables.....	23
2.7.1	Cuestionario Morisky Green y MAQ 4 de 4 ítems.....	23
2.7.2	Cuestionario tipo de relación médico paciente.....	23
2.8	Métodos de recolección de datos.....	23
2.9	Procesamiento y análisis de datos.....	23
2.10	Cronograma.....	23
2.11	Consideraciones éticas.....	24
3	Resultados.....	25
4	Discusión.....	37
5	Conclusiones.....	39
6	Referencias.....	41
7	Anexos.....	45

## **1.- MARCO TEORICO**

### **1.1.1- Antecedente de Adherencia Terapéutica.**

La falta de adherencia al tratamiento médico es considerada un fenómeno complejo y multifactorial desde los años 70. El incumplimiento terapéutico o falta de adherencia al tratamiento es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, que tiende a aumentar y es especialmente frecuente en personas con enfermedades crónicas.<sup>1</sup>

La importancia de la no adherencia al tratamiento médico, sobre todo en enfermedades crónicas, ha llamado la atención a nivel mundial por los resultados negativos que afectan directamente al paciente, al no llevar a cabo este proceso y consecuentemente la afectación a la demanda de los servicios médicos, así como a la economía del país.

### **1.1.2 Definición de adherencia terapéutica.**

La OMS, en su trabajo publicado “Adherence to long-Term Therapies”, después de la reunión de Ginebra en el año 2003, define la adherencia terapéutica como “el grado en 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”, tiene carácter dinámico y está influenciada por múltiples factores.<sup>3</sup>

Para considerar que se trata de adherencia terapéutica, los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y esa buena comunicación entre ambos, es un requisito esencial para la práctica clínica efectiva, de lo contrario si se trata de un paciente pasivo ante las indicaciones terapéuticas y recomendaciones médicas; entonces se estaría hablando de un paciente con cumplimiento a las indicaciones terapéuticas.

Las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente a los tratamientos a largo plazo resultan en bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios. La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la

inversión mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos. <sup>4</sup>

La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia en 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores. Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento. <sup>4</sup>

La falta de adherencia terapéutica a largo plazo en enfermedades crónicas, en países en vías de desarrollo como el nuestro, se explica por la falta de cobertura o escasez de los recursos sanitarios y/o inequidad en la accesibilidad a los mismos.

El incumplimiento terapéutico, es un problema de salud pública de gran magnitud a nivel mundial que afecta directamente a los pacientes en aspectos clínicos, psicosociales y económicos de las personas, quebrantando la estabilidad personal, familiar y social.

Cabe mencionar que, en varios estudios realizados, la falta de adherencia terapéutica, se clasifica en primaria y secundaria. En la primera se refiere a una situación cuando el medicamento no es recogido por el paciente en la farmacia, y la segunda se presenta cuando existen múltiples factores que impiden la adherencia a los medicamentos y a las recomendaciones dadas por el médico tratante.

Existen métodos para medir la adherencia terapéutica y pueden dividirse en métodos directos o indirectos. Dentro de los métodos directos están la determinación de la concentración del fármaco o su metabolito en una muestra biológica y la terapia directamente observada. Los métodos indirectos pueden ser basados en la entrevista clínica del paciente (utilización de cuestionarios), en el recuento de medicación sobrante, en el empleo de dispositivos electrónicos o en el análisis de los registros de dispensación. <sup>8</sup>

### **1.1.3 Evaluación de la adherencia terapéutica.**

Existe una gama importante de cuestionarios sobre la adherencia terapéutica, y la determinación del uso de uno o de otro, radica principalmente en la patología que sufre el paciente, y sobre todo en la información que se requiera analizar; como lo puede ser el comportamiento del paciente, barrera o creencias sobre la adherencia terapéutica.

Haynes (1976), identifica más de 200 variables que intervienen en la adherencia terapéutica entre los que menciona factores asociados a índices bajos de medicamentos debido a diagnóstico psiquiátrico,

complejidad, duración, cantidad de cambio derivado del régimen o programa terapéutico, inadecuada supervisión por parte de los profesionales, insatisfacción del paciente, creencias e inestabilidad familiar.

Miklowith (1986) señala que el tratamiento farmacológico se evalúa a través de una adecuada historia clínica del paciente, evaluando la frecuencia de uso de la medicación: nunca dejó de tomar la medicación; raramente dejó de tomarla; a veces dejó de tomarla; a menudo dejó de tomarla y, por último, abandonó la medicación.

McEvoy (1989) utiliza una clasificación por niveles de importancia, menciona aspectos que tienen que ver con actitudes de los pacientes, éstas pueden ser: activas, cuando llevan un control adecuado en su tratamiento; pasivas, cuando tratan de animar al paciente; de resistencia, cuando el paciente esconde el medicamento, y de rechazo abierto, cuando el paciente rechaza el medicamento, pero se lo toma involuntariamente.

Buchanan (1992) clasifica la adherencia que se lleva a cabo por los pacientes como: reducida, al cumplimiento mínimo del 25% del tratamiento, parcial, se define cuando el cumplimiento se lleva a cabo entre el 25 y 75%; elevada, es cuando el cumplimiento es igual o mayor al 75%.<sup>5</sup>

Dentro de este universo de factores que influyen en la falta de adherencia terapéutica, la OMS, es muy puntual y menciona, factores sociales, económicos, del equipo o asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente.

Los autores Ortego, López y Álvarez (2004) de la Universidad de Cantabria, España, ponen de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de medicamentos. Éstas se pueden agrupar en cuatro áreas: incrementos en los riesgos, morbilidad y mortalidad; aumento en la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento; crecimiento del costo en servicios salud; y desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional de salud y el cliente.<sup>6</sup>

La guía de práctica clínica para el médico de primer nivel de atención de adherencia terapéutica, divide a los factores que intervienen en la no adherencia terapéutica en factores endógenos y exógenos.

Dentro de los factores endógenos se comentan por una parte los que están asociados directamente a la salud del paciente como son alteraciones sensoriales, trastornos cognoscitivos y el grado de autonomía del paciente, la polifarmacia y la depresión.

El rubro de factores endógenos, se refiere a los factores que intervienen desde la dimensión psicoemocional y social; en este apartado se mencionan las causas familiares, económicas y culturales, el miedo a los efectos secundarios de los medicamentos, el temor al enfrentamiento de la enfermedad, la renuncia al cambio del estilo de vida y el desconocimiento de la enfermedad.

Respecto a los factores exógenos, llama la atención que en este apartado se encuentra en primer lugar como factor que influye en la no adherencia terapéutica, la falta de alianza entre el médico y el paciente, seguido de prescripciones ilegibles, falta de claridad en las recomendaciones orales y escritas y la inexistencia de medicamentos en los centros de salud.<sup>7</sup>

En varias investigaciones realizadas por distintos autores y en diferentes poblaciones, se coincide en que una mala relación médico paciente, tiene una importante influencia en la no adherencia terapéutica, en los pacientes que padecen sobre todo enfermedades crónicas.

#### **1.1.4. Definición de relación médico paciente.**

La Relación médico-paciente, de acuerdo al concepto expresado por el profesor Laín Entralgo, es el encuentro en que dos personas, el médico y el paciente, se comunican entre sí, uno como persona enferma y el otro como persona capaz de prestar ayuda con sus conocimientos técnicos y sus habilidades profesionales. Tratándose de un modelo de relación humana que comenzó a practicarse desde los mismos orígenes de la humanidad.

Hay constancia escrita de la relación médico-paciente ya desde el Código de Hammurabi (año 1728 a.C.), relación que se desarrolló en la Antigua Grecia con un fuerte acento paternalista, puesto de manifiesto en el Juramento Hipocrático (460 – 347 a.C.), aceptado como fundamento intocable de la profesión por todos los médicos. Su compromiso con el paciente, mediante la confianza y el cultivo de los conocimientos adecuados, aparece de nuevo en la llamada Oración de Maimónides (escrita en Córdoba en 1138: “Haz que mis pacientes, tengan confianza en mí y en mi arte, que sigan mis consejos y prescripciones. Aleja del lecho de mis pacientes a los charlatanes. Dame la fuerza, la voluntad y la ocasión para ampliar cada vez más mis conocimientos...” (Maimónides).

Esta relación ha existido desde los albores de la historia y es variable de acuerdo con los cambios mismos que ha experimentado a través de los tiempos la convivencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las llamadas "sociedades primitivas" hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales.

Este vínculo ha sido conceptualizado desde el punto de vista legal como un contrato, generalmente no escrito, sustentado entre personas autónomas, que son libres de iniciar o romper esta relación en la medida en que el paciente no sea abandonado. Sin embargo, hay que entender que esta relación, más que legal se basa en la ética y en la deontología, y que uno de los nexos más antiguos que han existido es entre la filosofía y la medicina.

El fundamento de la relación médico-paciente, es la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y enfermo, cuya índole propia depende, ante todo, de los motivos que en el enfermo y en el médico han determinado su mutuo encuentro.

Como todo encuentro interhumano, la relación médico-paciente, no se trata meramente de una relación dual entre dos seres para obtener algo, como serían los beneficios de un negocio, sino de una relación más estrecha, interpersonal. El enfermo y el médico se reúnen para el logro de algo que importa sustancialmente al paciente y que está inscrito en su propia naturaleza que es la salud.

Laín distingue en la estructura de la relación médico-paciente cuatro aspectos principales:

- El fin propio de la relación: Que es la salud del paciente.
- El modo de la convivencia que en ella se establece: Consiste en la equilibrada relación de las operaciones objetivantes y las operaciones empáticas necesarias para el diagnóstico y tratamiento.
- El vínculo propio de la relación: Se entiende como el momento en el que se adquiere una realidad concreta de los actos objetivantes y empáticos ya mencionados, Freud dará el nombre de 'transferencia' a la intensa relación personal que se da en el curso de la atención médica, sobre todo cuando se trata de enfermedades de evolución prolongada.
- La comunicación propia entre el médico y el paciente: Es el conjunto de los recursos técnicos, entre los cuales figura principalmente la palabra, a los que el médico apela en el diálogo transubjetivo en virtud del cual se actualizan las operaciones objetivantes y empáticas.

La relación médico paciente comprende cinco momentos principales:

- El momento cognoscitivo, que integra todas aquellas operaciones cuyo fin es el conocimiento de la enfermedad (diagnóstico nosológico); el conocimiento del sujeto que la padece y que la vive de una manera personal e intransferible (diagnóstico clínico); así como también el conocimiento del curso de la enfermedad y de sus potenciales consecuencias (pronóstico).
- El momento afectivo, que comprende las emociones y sentimientos propios de la relación clínica que experimentan médico y paciente.
- El momento operativo, que corresponde a la conducta y a los procedimientos que aplica el médico en la atención del paciente.

- El momento ético, que entraña la sujeción a las normas que regulan la conducta del médico en marco de la relación clínica.
- El momento histórico – social, que comprende los aspectos sociales del médico, del paciente, de la enfermedad y de la propia relación.

Como menciona Rubio Sánchez, estos momentos de la relación médico-paciente se producen simultáneamente, aunque en cada tiempo prevalezca uno de ellos, pero siempre impregnados por el momento histórico-social en el que se produce el encuentro entre el médico y el paciente, y siempre regulados por el componente ético.

### **1.1.5 Modelos de la relación médico-paciente.**

#### **Modelo Paternalista.**

Este modelo presume la existencia de un criterio objetivo que permite discernir lo que sea mejor para el paciente, sin que la opinión de este sea la determinante. Se fundamenta en la suposición de que la enfermedad coloca al paciente en una situación de necesidad y de incompetencia moral pues el dolor excesivo o la ansiedad y otras manifestaciones de la enfermedad perturban el buen juicio del paciente y su capacidad para tomar decisiones. Por tanto, el médico actúa como el tutor del paciente, como un buen padre, 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, expresión de un acendrado altruismo.

#### **Modelo informativo.**

Llamado también modelo científico o modelo técnico. En él, la obligación del médico es proporcionar al paciente la información relevante para que, dentro de sus recursos 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.

#### **Modelo interpretativo.**

En este modelo, el médico ayuda al paciente a determinar los valores, que muchas veces no están bien definidos. Para ello, el médico trabaja 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 actúa como un consejero, asumiendo un papel consultivo.

### **Modelo deliberativo.**

En este modelo el médico ayuda al paciente a determinar y elegir 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 el médico y el paciente trabajan conjuntamente, sin que el médico quien actúa como un maestro o un amigo valla más allá de la persuasión moral, evitando cualquier forma de coacción. La decisión final será el resultado de un diálogo auténtico, signado por el respeto y la consideración mutuas.<sup>9</sup>

La terminación de la relación médico-paciente puede darse por la falta de colaboración del enfermo o sus familiares, falta de empatía o incompatibilidad en sus valores morales, imposibilidad física o técnica del médico para atender al enfermo, falta de los recursos materiales y humanos para una adecuada atención, interferencia de los familiares, persona responsable u otros médicos, petición explícita del enfermo, familiares o del propio médico. En la práctica institucional existen limitantes y circunstancias especiales, especificadas en los contratos o convenios con empresas o compañías de seguros que dan por terminada la relación.

Puede afirmarse que, en el último tercio del siglo veinte, la forma de relacionarse los médicos y los enfermos cambió más que en los veinticinco siglos anteriores, a consecuencia de grandes cambios sociales, a partir de la lucha por los derechos individuales y sociales, que llevó a la aparición de los “Sistemas de Salud Pública”, y principalmente por la introducción en ella del sujeto humano, por el reconocimiento de la persona concreta que es el paciente. El acompañamiento y el cuidado se sitúan también como elementos fundamentales de la relación.

Es evidente que la relación médico-paciente, en sí misma, aporta una mejoría terapéutica indiscutible, acompañando el sufrimiento y el bienestar, mejorando la orientación diagnóstica y reduciendo la necesidad de pruebas complementarias. También contribuye de forma importante a una mayor y más consciente adherencia del paciente al tratamiento, una vez que éste se siente implicado y acompañado en la toma de decisiones. Sin embargo, la importancia de esta relación va mucho más allá de la visión utilitarista. Comprende, en sí misma, valor como elemento de intersubjetividad en la generación del conocimiento y como elemento humanizador. Es un acto de reconocimiento del otro como agente, es decir, sujeto con capacidad, moral.

Mantener una adecuada relación médico-paciente a través de la formación e información del paciente, incentiva la prevención en salud y adherencia al tratamiento. En esta relación hay dos grandes actores, el médico quien tiene el conocimiento técnico y científico, y el paciente quien busca por ayuda. Para que esta relación funcione adecuadamente es necesaria la confianza mutua

### **1.1.6. Antecedente de hipertensión arterial sistémica.**

La hipertensión arterial es probablemente el problema de salud pública más importante en los países desarrollados y en desarrollo. Es una enfermedad frecuente, asintomática, fácil de detectar, casi siempre fácil de tratar y que con frecuencia tiene complicaciones mortales si no se trata.

En México aproximadamente 15.2 millones de personas tienen hipertensión arterial sistémica. Uno de cada 2 mexicanos después de los 50 años es portador de hipertensión arterial sistémica. El 61% de las personas con hipertensión arterial sistémica lo ignoran. Del 49% de personas con diagnóstico con hipertensión arterial sistémica menos del 50% están bajo tratamiento médico-farmacológico. El 14.6% de la población con hipertensión arterial sistémica se encuentra en control (< 140/90 mmHg).<sup>2</sup>

La prevalencia de hipertensión arterial es muy variable, pero según estudios realizados aumenta a mayor edad de la población. Así, por ejemplo, en países desarrollados y con una población de mayor edad, más de dos tercios de los adultos mayores padecen hipertensión, principal factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca.

Dicha prevalencia se estima que 1/6 de la población mundial sufre de la enfermedad y en algunas poblaciones susceptibles 1 de 4 adultos mayores de 18 años es hipertenso. La prevalencia es la siguiente en Latinoamérica; Argentina 28,1%, Brasil 30%, Chile 33,7 %, Colombia 23%, Ecuador 28,7%, México 30,8%, Perú 2,3 24%, Uruguay 33%, Venezuela 33%. En series epidemiológicas se determina que la prevalencia de la enfermedad es mayor en personas de raza negra, en mujeres está íntimamente relacionado con la edad, así la relación de hipertensión entre el sexo femenino y el masculino pasa de 0,6-0,7 a los 30 años a 1,1 -1,2 a los 65 años, probablemente este incremento se debe a los cambios hormonales.<sup>10</sup>

La presión arterial elevada fue el principal factor asociado a mortalidad prematura en 2015, tras causar 10 millones de muertes y más de 200 millones de años de vida ajustados por discapacidad.

Los valores de la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg son la causa principal de mortalidad y discapacidad en el 70% de pacientes hipertensos y el mayor número de muertes por año relacionadas con

la presión arterial sistólica se deben a cardiopatía isquémica (4, 9 millones), ictus hemorrágico (2,0 millones) e ictus isquémico (1,5 millones).

La presión arterial sistólica parece ser un mejor predictor de complicaciones que la presión arterial diastólica a partir de los 50 años de edad. La presión arterial diastólica elevada se asocia con un aumento del riesgo cardiovascular y se observa más frecuentemente en personas jóvenes (menores de 50 años) que en mayores. La presión arterial diastólica tiende a reducirse en la mediana edad como consecuencia del aumento de la rigidez arterial; en consecuencia, la presión arterial sistólica asume un papel más importante como factor de riesgo a partir de este periodo de la vida. <sup>16</sup>

### **1.1.7 Fisiopatología de la hipertensión arterial sistémica.**

La presión arterial corresponde a la tensión en la pared que genera la sangre dentro de las arterias, y está determinada por el producto de dos factores: el débito cardíaco y la resistencia periférica total.<sup>11</sup>

El débito cardíaco está determinado por disminución de la masa nefronal, estrés y mayor consumo de sodio que dan como resultado aumento de la precarga y aumento de la contractilidad del miocardio; en tanto la resistencia periférica es determinada por factores genéticos y obesidad que a su vez condicionan constricción arteriolar e hipertrofia estructural.

Para realizar la medición de presión arterial, tenemos que el valor máximo de la presión durante la sístole cardíaca se conoce como presión arterial sistólica, y el valor mínimo durante la diástole cardíaca se conoce como presión arterial diastólica y las cifras numéricas son expresadas en milímetros de mercurio.

### **1.1.8 Diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.**

El diagnóstico de hipertensión arterial se establece cuando las cifras sistólicas y diastólicas o ambas se mantienen en forma sostenida igual o superior a 140/90mmHg, respectivamente. El establecimiento de estas cifras es el resultado de múltiples investigaciones a lo largo del tiempo por las sociedades internacionales de cardiología, quienes han determinado la relación estrecha que existe entre la hipertensión arterial y riesgo cardiovascular, y este aumenta progresivamente al aumentar las cifras de presión arterial, de tal manera que en recientes fechas, estudios epidemiológicos han determinado que el valor óptimo de presión arterial sería 115/75mmHg.

La hipertensión arterial por monitoreo ambulatorio de la tensión arterial, se diagnostica cuando el 50% o más de las mediciones durante el día son > 135/85 mmHg, durante la noche > 120/75mmHg y en las 24 horas >130/80 mmHg.<sup>12</sup>

Como no existe una línea divisoria entre la presión arterial normal y alta, se han establecido valores para definir a los pacientes con aumento del riesgo de presentar crisis cardiovasculares y que claramente se pueden beneficiar del tratamiento médico. En la actualidad la presión arterial se diagnostica con base en aumentos de cualquiera de las presiones arteriales sistólica o diastólica y el objetivo del tratamiento es lograr la normalización de ambas.

Para integrar el diagnóstico se recomienda además investigar los siguientes signos y síntomas, ya que tanto los pacientes con hipertensión arterial sistémica como los que no saben que la padecen, se debe interrogar y explorar datos de vasoespasmo o repercusión a órgano blanco.<sup>15</sup>

### **Cuadro 1**

#### **Signos y síntomas por investigar para establecer el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.**

<b>Signos</b>	<b>Síntomas</b>
Polipnea	Cefalea pulsátil
Ingurgitación yugular	Acúfenos
Edemas	Fosfenos
Déficit neuromotor	Estado nauseoso
Soplos cardiacos	Angina
Arritmias	Disnea

Fuente: Castaño-Guerra R et al. Guía de práctica clínica en hipertensión arterial

### 1.1.9. Clasificación de la hipertensión arterial sistémica.

**Cuadro 2**

**Clasificación de hipertensión arterial sistémica en adultos.**

Categoría	Sistólica	Diastólica
Normal	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Elevada	120-129 mmHg	< 80 mmHg
Hipertensión		
Estadio 1	130-139 mmHg	80-89 mmHg
Estadio 2	>140 mmHg	>90 mmHg

Fuente: según el Comité Nacional Conjunto Norteamericano en su parte VIII (JNC VIII).

**Cuadro 3**

**Clasificación arterial en adultos según la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial.**

Categoría	Tensión arterial sistólica en mm Hg	Tensión arterial diastólica en mm Hg
Optima	< 120	80
Normal	80-119	80-84
Normal alta	120-139	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	100-109
Hipertension grado 3	180 ó más	110 ó más

Fuente: Sociedad Europea de Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial esencial representa el 95% de los casos en los que no se logra identificar la causa. En aproximadamente 5% de los pacientes con hipertensión arterial es posible encontrar causas específicas, como son el uso de estrógenos, enfermedad renal, hipertensión vascular renal, feocromocitoma e hipertensión asociada al embarazo.

En este contexto cabe mencionar las complicaciones de hipertensión arterial sistémica si no existe un apego adecuado al tratamiento médico. Las complicaciones de la hipertensión se relacionan con los aumentos de

las cifras de presión arterial, y los cambios consecuentes en la vasculatura en el corazón o con la aterosclerosis que acompaña a la hipertensión de larga evolución.

Es bien conocido que la hipertensión incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. La incidencia del accidente cerebrovascular aumenta aproximadamente tres veces en los pacientes con hipertensión fronteriza, y aproximadamente ocho veces en aquellos con hipertensión definitiva. Se ha calculado que 40% de los casos de infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular es atribuible a la hipertensión. A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, los estudios revelan que, en muchos países, menos de 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran una presión arterial óptima. Por ejemplo, en el Reino Unido y los Estados Unidos, solo 7 y 30% de los pacientes, respectivamente, tenía buen control de la presión arterial y, en Venezuela, solo 4,5% de los tratados lo presentaba. La adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de la hipertensión. En un estudio, los pacientes que no se adhirieron al tratamiento con betabloqueantes presentaron 4,5 veces más probabilidades de tener complicaciones de la cardiopatía coronaria que los que sí lo hicieron. El mejor cálculo disponible es que la adherencia deficiente al tratamiento contribuye a la falta de buen control de la presión arterial en más de dos tercios de los hipertensos.<sup>13</sup>

Según la OMS, en su guía de bolsillo para la estimación y manejo del riesgo cardiovascular, se concluyó que la reducción de cifras de tensión arterial de 10-15/5-8 mmHg, con tratamiento farmacológico disminuye aproximadamente un tercio de la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares, esto fue observado independientemente del riesgo absoluto antes del tratamiento.<sup>14</sup>

### **1.1.10. Tratamiento de hipertensión arterial sistémica.**

El tratamiento de la hipertensión arterial sistémica se lleva a cabo apoyándose en la estrategia de cumplir con la prevención primaria y secundaria, lo cual implica la dedicación y profesionalismo no solo del médico familiar, sino también de un grupo de profesionales de la salud que participan en una atención médica integral, como nutriólogos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y medicina deportiva.

La prevención primaria está enfocada en realizar acciones, que como su nombre lo describe es prevenir la aparición de la hipertensión arterial sistémica, y básicamente este tipo de acciones están dirigidas a la población en general y sobre todo haciendo un especial énfasis en los pacientes que tienen factores de riesgo, como antecedentes familiares de hipertensión, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebral vascular y diabetes mellitus.<sup>15</sup>

Las acciones preventivas que están encaminadas a evitar la aparición de la hipertensión arterial sistémica, están comprendidas en un estilo de vida saludable, el cual lleva acabo al efectuar las siguientes:

Control de peso: por cada 10 kg de peso arriba del peso ideal, la presión sistólica se incrementa 2 a 3 mmHg y la diastólica 1 a 2 mm Hg. Mantener el índice de masa corporal de 20 a 25 puede prevenir la elevación de la tensión arterial o disminuir la dosis de medicamento en los pacientes con hipertensión arterial sistémica.

Actividad física diaria: a las personas con escasa actividad física o vida sedentaria se les recomienda la práctica de ejercicio aeróbico durante 30 a 60 minutos diarios.

Consumo de sal: no deberá exceder los 3 g de sodio 0.6 g de cloruro de sodio/día y deberá evitarse los alimentos procesados debido a la gran cantidad de sal que se utiliza en su conservación.

Consumo de alcohol: su reducción disminuye 3 a 4 mm Hg la tensión arterial, por lo que el objetivo es limitar la ingesta a 60mL de etanol en el hombre y 30mL en la mujer, esto es el equivalente de dos copas en los hombres y una copa en las mujeres.

Tabaquismo: por tratarse de un riesgo cardiovascular mayor deberá evitarse o suprimirse el hábito tabáquico con el apoyo de grupos, clínicas de tabaquismo y ayuda profesional.

Alimentación: una dieta saludable y baja en grasas tiende a disminuir el peso y la tensión arterial hasta 5 a 6 mmHg, por lo que debe promoverse esta medida para garantizar la adecuada ingesta de potasio, magnesio y calcio, con el consumo de frutas, verduras y leguminosas. El consumo excesivo de café (más de cinco tazas el día) incrementa 1 0 2 mmHg la presión arterial en pacientes hipertensos y sanos. <sup>15</sup>

La prevención secundaria es el conjunto de acciones dirigidas a reducir el riesgo de desarrollar complicaciones por hipertensión arterial sistémica y comprende el control no farmacológico y farmacológico.

Se recomienda que el médico familiar de primer nivel, además del estudio clínico, debe incluir las siguientes pruebas de laboratorio, química sanguínea (que incluya azoados, glucosa, electrolitos y perfil de lípidos) y examen general de orina para detectar micoalbuminuria, electrocardiograma (hipertrofia de cavidades izquierdas) y radiografía de tórax (crecimiento de cavidades cardiacas, vasos arteriales y venosos, mediastino y pulmones). Identificar los factores de riesgo cardiovascular y posible daño a órgano blanco.

**Cuadro 4**  
**Factores de riesgo cardiovascular.**

Tabaquismo
Obesidad
Inactividad física
Dislipidemias
Diabetes mellitus
Microalbuminuria o filtración glomerular estimada <60 ml/minuto
Edad (mayor de 55 años en hombres y mayor de 65 años en mujeres)
Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura.

Fuente: Joint National Committee on Prevention.

El control no farmacológico incluye las recomendaciones que modifican los hábitos de alimentación, ejercicio, presencia de adicciones, manejo de presiones y conflictos de la vida diaria.<sup>15</sup>

El tratamiento farmacológico reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte, por lo que debe iniciarse de inmediato después de haber establecido el diagnóstico y estratificado el riesgo cardiovascular.

El tratamiento antihipertensivo debe iniciarse con un solo fármaco y este se debe ajustar a la dosis completa para lograr el objetivo de reducción de la presión arterial. Es bien sabido que solo el 20 a 30% de la población hipertensa logra controlar su tensión arterial con un solo medicamento. La mayoría de los pacientes lo hace con dos o tres medicamentos. La combinación de ellos está orientada a las características clínicas y a la comorbilidad del paciente hipertenso.

**Cuadro 5**  
**Medicamentos indicados en el tratamiento de hipertensión arterial idiopática.**

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (periodo de uso).
Hidroclorotiazida	12.5 a 100mg/día.	Tableta de 25mg	Indefinido
Clortalidona	25 a 100mg/día	Tabletas de 50mg	Indefinido
Captopril	50 a 150mg /día	Tableta de 25mg	Indefinido
Enalapril	10 a 60mg/día	Tableta 10mg	Indefinido
Nifedipino	30 a 60mg/día	Tableta 30mg	Indefinido
Vasilato de amlodipino	5 a 10mg/día	Tableta 5mg	Indefinido

Verapamilo	80 a 480mg/día	Tableta 80mg	Indefinido
Clorhidrato de propanolol	20 a 240mg/día	Tableta de 10 y 40mg	Indefinido
Tartrato de metoprolol	50 a 300mg/día	Tableta 100mg	Indefinido
Clorhidrato de prazocina	1 a 6mg /día	Tableta 2mg	Indefinido
Losartán potásico	50 a 200mg/día	Tableta 50mg	Indefinido
Felodipino	5 a 10mg/día	Tableta 5mg	Indefinido
Hidralazina	50 a 100mg/día	Tableta 50mg	Indefinido
Ácido acetilsalicílico	150mg/día	Tabletas efervescentes de 300mg	Indefinido
Amlodipino	5 a 10mg/día	Tableta 5mg	Indefinido

Fuente: Rev. Med. Inst Mex Seguro Soc 2011;49(3):315-324.

### **Cuadro 6** **Recomendaciones.**

<p>Debe iniciarse tratamiento farmacológico inmediato en pacientes con presión arterial persistente con cifras <math>\geq 160/100</math> mmHg, así como en pacientes con presión arterial <math>\geq 140/90</math> mm Hg con elevado riesgo cardiovascular (riesgo <math>&gt;20\%</math> a 10 años) o con daño a órgano blanco.</p>
<p>Como orden de preferencia en la selección de antihipertensivos se recomienda inhibidores de la ECA, dosis bajas de tiazidas, betabloqueadores y calcioantagonista.</p>
<p>En pacientes hipertensos <math>\geq 55</math> años de edad, debe iniciarse el tratamiento farmacológico con un diurético tiazida o un calcioantagonista.</p>
<p>Pacientes menores de 55 años de edad, el tratamiento de elección debe ser un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.</p>
<p>Si la terapia inicial fue con bloqueadores de los canales de calcio o diuréticos tiazídicos y se requiere un segundo fármaco, se recomienda inhibidores de la ECA.</p>
<p>Si la terapia inicial fue con inhibidores de la ECA y se requiere adicionar un segundo fármaco, se recomienda agregar un diurético tiazídico o un calcioantagonista.</p>
<p>Si se requiere tratamiento farmacológico con tres drogas se debe utilizar la combinación de inhibidores de ECA calcioantagonistas y diuréticos tiazídicos.</p>

Si el tratamiento inicial fue con betabloqueador y se requiere agregar un segundo fármaco se sugiere agregar un calcioantagonista sobre las tiazidas, para reducir el riesgo de desarrollar diabetes mellitus.
Los pacientes mayores de 80 años deben recibir el mismo tratamiento farmacológico que los pacientes mayores de 55 años, considerando siempre la presencia de comorbilidad y el uso de diversos medicamentos.
En pacientes portadores de angina o infarto del miocardio e hipertensión arterial se recomienda tratamiento con betabloqueadores y calcioantagonistas.
En pacientes con hipertensión arterial e insuficiencia renal, en ausencia de estenosis de la arteria renal, el tratamiento de elección es con inhibidores de ECA.
En pacientes con hipertensión arterial e insuficiencia renal, con estenosis de la arteria renal, el tratamiento de elección es con inhibidores de los receptores de angiotensina.
En pacientes hipertensos con otras condiciones de alto riesgo (uso de anticoagulantes orales, enfermedad vascular cerebral hemorrágica reciente, riñón único, alteraciones de la coagulación, aneurismas, etcétera), el control de la tensión arterial debe ser estricto (mantener cifras de tensión arterial $\leq$ 130/80 mm Hg).

Fuente: Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (3): 315-324

## 1.2. Planteamiento del problema.

Múltiples son las repercusiones negativas que resultan de una mala relación médico paciente, y la no adherencia terapéutica es una de las principales. La OMS considera la adherencia terapéutica como un tema prioritario debido a las consecuencias de salud catastróficas que afectan al paciente hipertenso al no llevarla a cabo, entre los factores que intervienen se encuentran fracasos terapéuticos, mayor índice de hospitalización, aumento de costos sanitarios; se describe que la hipertensión arterial tiene una tasa de cumplimiento al apego terapéutico que varía entre 33 a 50%, por lo que es una oportunidad y reto de mejora para el médico familiar.

El termino adherencia es usado para definir el grado en que una conducta en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida coincide con la indicación médica o del personal de salud. Dicho término implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora creencias y actitudes del paciente.

Son muchos los estudios, que han demostrado un grado de relación directo entre los pacientes que toman regularmente los medicamentos hipertensivos y el mejor control de la tensión arterial, disminuyendo de manera considerable la morbimortalidad por cardiopatía isquémica o ictus.

La adherencia terapéutica, comprende diversas conductas como son la propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento, asistencia a citas de seguimiento, uso correcto de la medicación prescrita, realizar cambios apropiados en el estilo de vida y evitar conductas contraindicadas.

En relación a las causas de la falta de adherencia terapéutica, se ha encontrado, que el olvido representa (25-75%), el desconocimiento o falta de información sobre su enfermedad y/o tratamiento (30-40%), la desmotivación (15%) y efectos adversos a la medicación o miedo a sufrirlos. Además de estas causas, existen factores que pueden ser modificables o no modificables, entre los que destacan características del paciente, características del entorno familiar y social, características de la enfermedad, características de la estructura sanitaria, características del régimen terapéutico y no menos importante características del personal de salud.

En lo concerniente a las características, del personal de salud se puede mencionar la falta de comunicación, lenguaje demasiado técnico, ausencia de instrucciones claras, escritas y escasa cooperación entre los distintos profesionales y mala relación médico paciente.

La relación médico paciente es conocida desde tiempo de Hipócrates, el acto médico es basado en la relación personal con el paciente, el médico sentado al lado de la cama del enfermo, fue el inicio de la medicina personalizada, siendo el primer médico que introduce una medicina objetiva basada en evidencia, desarrollando la historia clínica del paciente.

Dicha relación, se encuentra ligada al humanismo médico, entendiéndose éste como el trabajo y servicio médico desarrollado bajo el firme, sumo respeto, afecto y altruismo a favor del ser humano que requiere de ayuda en el ámbito de su salud, teniendo así, compromiso personal, profesional y eficiente; que dan como resultado confianza y reconocimiento en el paciente, su familia y la comunidad en general.

En consecuencia, la consulta es uno de los escenarios fundamentales de la actividad del médico familiar, las decisiones que se toman en ella marcan el destino de un paciente, el cual puede influir de forma positiva o negativa en la salud e inclusive para la familia.

Es precisamente el modelo de la relación médico paciente y la influencia positiva o negativa en el acto médico que no ha sido investigada para poder determinar la participación tan importante que tiene el médico, para salvaguardar la salud, física, mental y social del paciente.

¿Cuál es el modelo de relación médico-paciente y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial sistémica de la Clínica de consulta externa "A" Toluca ISSEMyM?

### 1.3 Justificación.

La adherencia terapéutica es considerada por la OMS como una acción prioritaria de llevar a cabo debido a las consecuencias negativas que ocasiona, se observa en Estados Unidos costos innecesarios de 396 y 792 millones de dólares anuales. En México en el año 2015, la Hipertensión Arterial Sistémica, se ubicó como la enfermedad crónica responsable de 18.1% del total de muertes y como el principal factor de riesgo de muertes prevenibles (Ismael campos nonato). Es por eso que se debe controlar la hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención; ya que se observa un gasto anual que equivale a 13.95% del presupuesto destinado a la salud y a 0.71% del producto interno bruto del país.

La hipertensión arterial representa en sí misma una enfermedad y al mismo tiempo constituye un factor de riesgo importante, modificable para la presentación de otras afecciones, como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia renal y retinopatías. El mayor riesgo asociado con la elevación de la presión arterial puede reducirse considerablemente por el tratamiento con fármacos antihipertensivos que disminuya tanto la presión arterial como el riesgo de daño del órgano blanco.

Mundialmente la Hipertensión Arterial Sistémica, es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones. Sin embargo, los pacientes con enfermedades crónicas cumplen con el 50% a 60% de los tratamientos farmacológicos indicados, realidad que lleva a investigar sobre los múltiples factores entre los que se encuentran patrones alimentarios inadecuados, disminución de actividad física y el desapego y/o abandono de tratamiento médico de hipertensión arterial sistémica.

Existen referencias que hacen mención a la importancia y la influencia que tiene la relación médico paciente en el acto médico, sin embargo no existen como tal, investigaciones que avalen ampliamente esta aseveración, por tal motivo es de suma importancia conocer la relación que existe entre la no adherencia terapéutica y el tipo de relación médico paciente que interviene directamente en el paciente con hipertensión arterial sistémica en estar en dicha condición de desapego terapéutico.

En la Clínica de Consulta Externa "A" Toluca, no existe un estudio que permita conocer la adherencia al tratamiento médico en pacientes con hipertensión arterial sistémica y la influencia directa que tiene en el paciente el tipo de relación médico paciente que se lleva a cabo.

Con la finalidad analizar y estandarizar acciones de prevención y control de esta patología en el primer nivel de atención médica, que impacten positivamente en lograr una adecuada adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial sistémica y de esta manera evitar complicaciones médicas que ponen en riesgo la vida de los pacientes.

## **1.4 Objetivo.**

### **1.4.1 Objetivo General.**

Identificar el modelo de relación médico paciente que interviene en la adherencia terapéutica en los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica.

### **1.4.2 Objetivos Específicos.**

1.- Determinar la edad de los pacientes con hipertensión arterial sistémica que tienen adherencia terapéutica y que tipo de relación médico paciente expresan (Informativo, interpretativo, deliberativo o paternalista).

2.- Determinar el género de los pacientes con hipertensión arterial sistémica que tienen adherencia terapéutica y que tipo de relación médico paciente expresan (Informativo, interpretativo, deliberativo o paternalista).

3.- Determinar el estado civil de los pacientes con hipertensión arterial sistémica que tienen adherencia terapéutica y que tipo de relación médico paciente expresan (Informativo, interpretativo, deliberativo o paternalista).

4.- Determinar la ocupación de los pacientes con hipertensión arterial sistémica que tienen adherencia terapéutica y que tipo de relación médico paciente expresan (Informativo, interpretativo, deliberativo o paternalista).

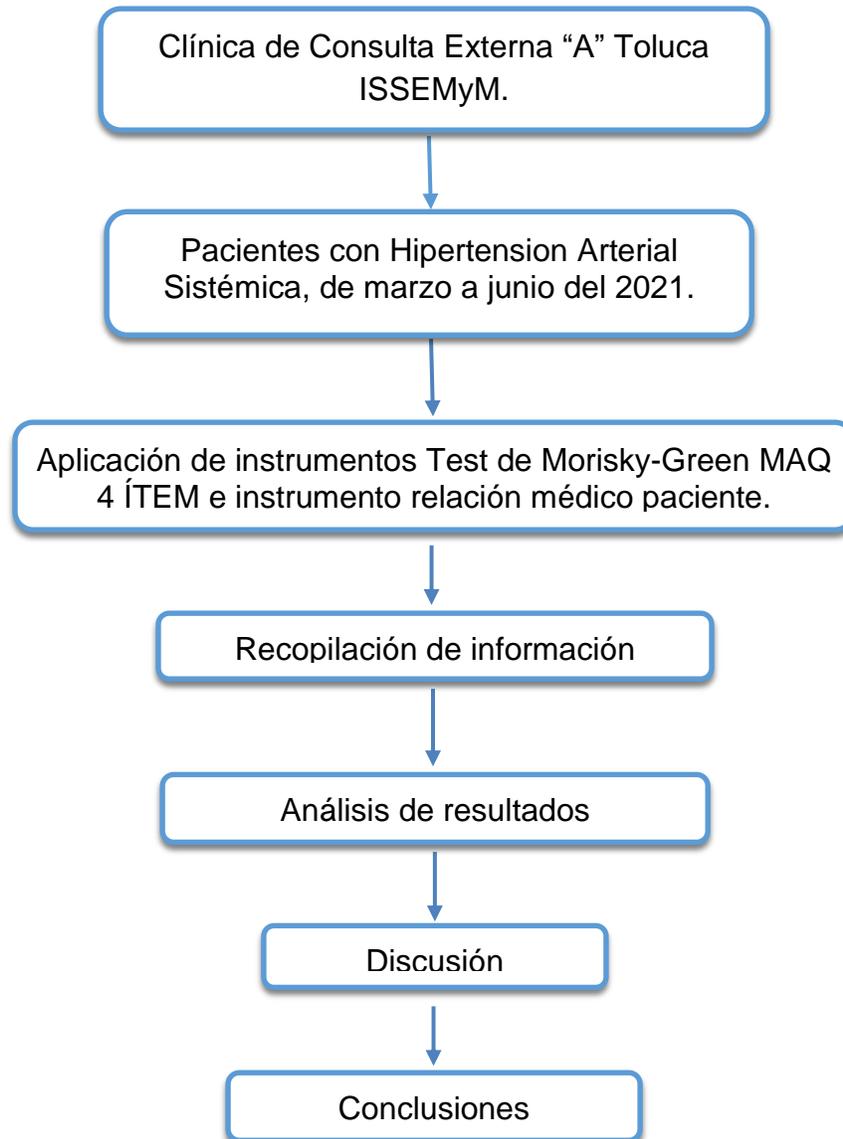
5.- Determinar la escolaridad de los pacientes con hipertensión arterial sistémica que tienen adherencia terapéutica y que tipo de relación médico paciente expresan (Informativo, interpretativo, deliberativo o paternalista).

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS.

### 2.1 Tipo de estudio.

Estudio descriptivo, transversal y observacional.

### 2.2 Diseño de Investigación.



### **2.3 Población, lugar y tiempo.**

100 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, adscritos a la clínica de consulta externa "A", Toluca durante el periodo marzo a junio del 2021.

### **2.4 Tipo de muestra.**

Es una muestra no aleatoria a conveniencia de 100 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, de 40 a 60 años de edad, de la Clínica de consulta externa A" Toluca, durante el periodo comprendido de marzo a junio del 2021.

### **2.5 Criterios.**

#### **2.5.1 Criterios de inclusión.**

Que sepa leer y escribir.

Personas, que acepten participar en el estudio.

Pacientes adscritos a la Clínica de Consulta Externa "A" Toluca.

Ambos turnos.

#### **2.5.2 Criterios de exclusión.**

Personas que no acepten participar en el estudio.

Pacientes que no estén adscritos a la Clínica de Consulta Externa "A" Toluca.

Personas que no sepan leer y escribir.

#### **2.5.3 Criterios de eliminación.**

Cuestionarios mal llenados o ilegibles.

### **2.6 Variables (Tipo y escala de medición).**

#### **2.6.1 Cuestionario Morisky Green y MAQ 4 de 4 ítems.**

(Ver anexo 1).

#### **2.6.2 Cuestionario instrumento relación médico-paciente.**

(ver anexo 2).

## **2.7 Definición conceptual y operativa de las variables.**

### **2.7.1 Cuestionario Morisky Green y MAQ 4 de 4 ítems.**

(ver anexo 3).

### **2.7.2 Cuestionario tipo de relación médico paciente.**

(ver anexo 4).

## **2.8 Métodos de recolección de datos.**

El protocolo de investigación se dará a conocer en el comité de ética de la de Consulta Externa "A" Toluca. Se le explicará al paciente como contestar el cuestionario y se le dará a firmar la autorización mediante el consentimiento informado por escrito y se le aclarará que los resultados del estudio son confidenciales.

Se aplicó el cuestionario con el instrumento de Morisky Green y MAQ 4 de 4 ítems, y el cuestionario de tipo de relación médico paciente, a los pacientes de ambos turnos, en diferentes horarios y fechas de la clínica de consulta externa "A" Toluca, previa firma del consentimiento informado por escrito, a los pacientes que cursan con Hipertensión Arterial Sistémica. Se vació la información al programa estadístico SPSS.

## **2.9 Procesamiento y análisis de datos.**

Habiendo terminado la fase de captura de datos y con los formularios con los datos de la investigación se encuentren disponibles, se procederá a realizar los siguientes análisis: Se realizará análisis estadístico con el programa Paquete Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS versión 20).

Se analizará mediante medida de tendencia central y estadística descriptiva.

## **2.10 Cronograma.**

(ver anexo 5)

## **2.11 Consideraciones éticas.**

Se tomara la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos ,adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y enmendada por la 29a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989, 48a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el parágrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002.

Así como se seguirán las disposiciones en la Ley general de salud en materia de investigación para la salud que establece en el artículo 13 que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. En el 16 que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice así como en el 17 en que la Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

La información relacionada con este estudio es y será confidencial y se garantiza a los participantes que en ningún momento se ha identificado o identificará su identidad ya que en todo momento los resultados se presentarán como datos agrupados.

La investigación siguió los principios y normas éticas correspondientes, la participación fue totalmente voluntaria y los participantes autorizaron su participación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 6) y el proyecto fue aprobado por el comité de ética en investigación de la Clínica de Consulta Externa "A" Toluca ISSEMyM. Se dio a los participantes toda la información que requerían tanto de forma verbal como escrita para comprender el estudio.

### 3. RESULTADOS.

#### Ficha de Identificación.

##### 3.1 Edad.

El rango de edad es 40 a 60 años, con una media de 53.8 años, y una desviación estándar 5.095, como se observa en el cuadro 7.

##### 3.2 Genero

59 % (59) como se observa en el cuadro # 7, son pacientes del sexo femenino.

<b>Cuadro 7</b>		
<b>Genero de los pacientes con HAS</b>		
<b>Genero</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Femenino</b>	59	59.0
<b>Masculino</b>	41	41.0
<b>total</b>	100	100.0

##### 3.3 Estado civil.

Se observa que el mayor porcentaje corresponde a pacientes casados, representado con un 71%, seguido del 16% de pacientes solteros, 6% de pacientes viudos, 4% unión libre, y divorciados 3%, como se muestra en el cuadro 8.

<b>Cuadro 8</b>	
<b>Estado civil</b>	
<b>Estado Civil</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Soltero</b>	16.0
<b>Casado</b>	71.0
<b>Unión libre</b>	4.0
<b>Divorciado</b>	3.0
<b>Viudo</b>	6.0

### 3.4 Escolaridad.

El 34% de los pacientes tiene licenciatura terminada, seguido del 26% con preparatoria, 21% con secundaria, 11% con primaria y 8% con posgrado, como se muestra en el cuadro 9.

<b>Cuadro 9</b>	
<b>Escolaridad</b>	
<b>Escolaridad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Primaria</b>	11.0
<b>Secundaria</b>	21.0
<b>Preparatoria</b>	26.0
<b>Licenciatura</b>	34.0
<b>Posgrado</b>	8.0

### 3.5 Ocupación.

60% se representa por empleados, seguido del 18 % de ama de casa y 18% de jubilados.

### 3.6 Tiempo de conocer al médico.

Se tiene un rango mínimo de 1 año y máximo de 3 años, con una media de 1.78 y desviación estándar de .579.

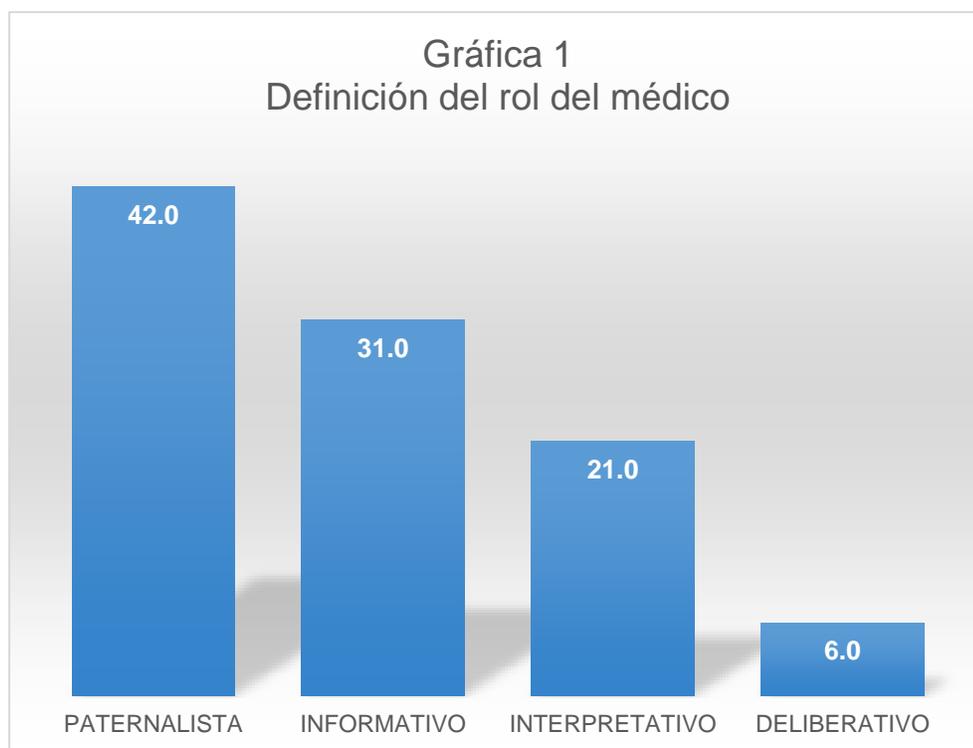
### 3.7 Motivo de consulta.

El motivo de consulta se representa en 75% por consulta subsecuente para control de hipertensión arterial sistémica, el motivo de consulta del restante 25%, se suscitó por otra patología.

## Preguntas sobre relación Médico-Paciente.

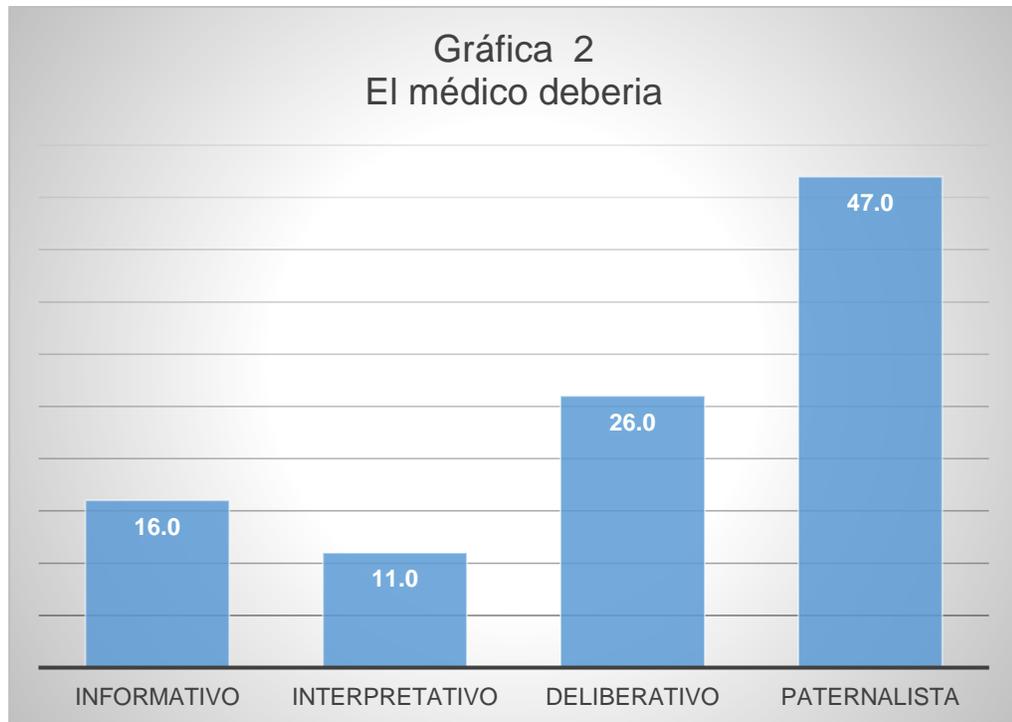
### 3.8 Definición del rol del médico.

Los pacientes definieron a su médico como guardian de la salud posicionándolo como paternalista en un 42%, como informativo un 31%, contestando que lo consideran un prestador de un servicio, como asesor de la salud un 21% , lo cual lo coloca en interpretativo y 6% lo considera amigo de los pacientes, lo que lo ubica en deliberativo, como se observa en la gráfica 1.



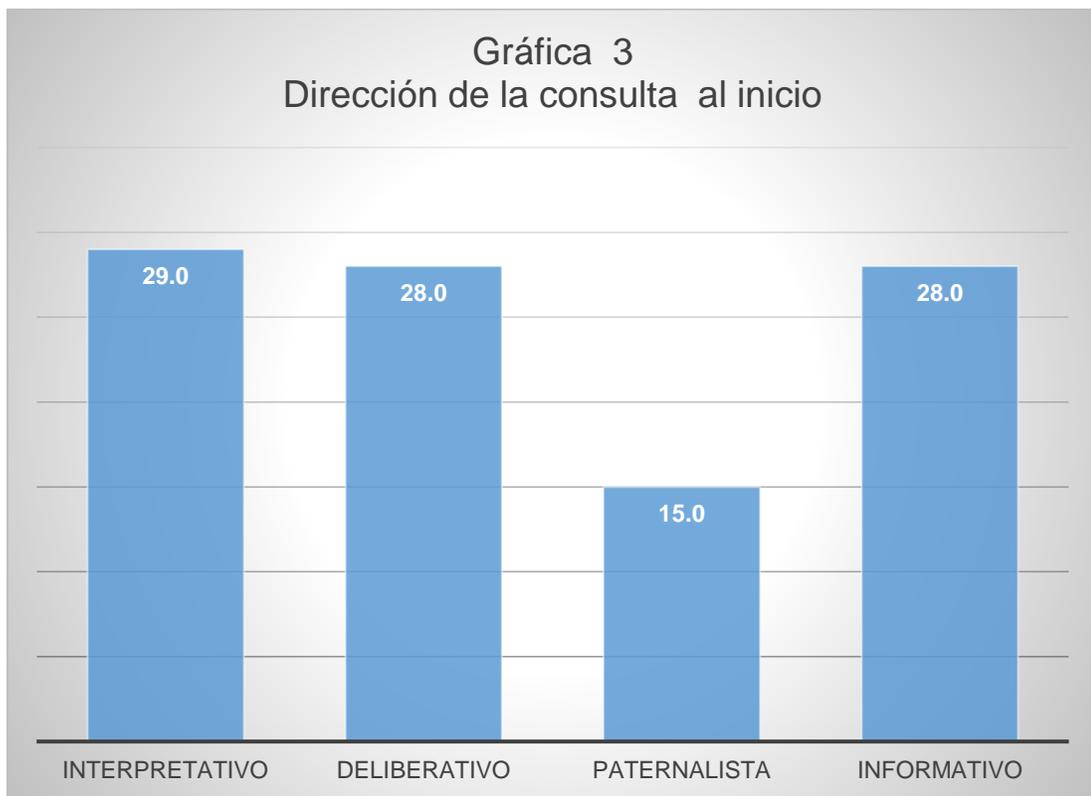
### 3.9 Autonomía, en la opinión de paciente el médico debería.

47% de los pacientes registró que el médico debería guiarlo para mejorar su salud interpretando al médico como paternalista, según la gráfica 2.



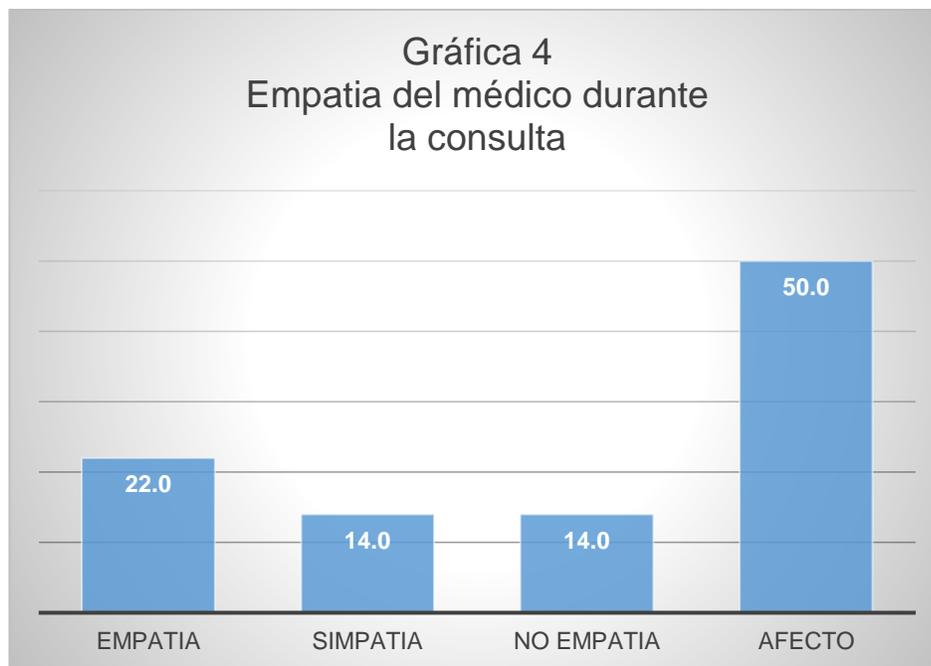
### 3.10 Dirección de la consulta al inicio.

Los resultados a esta pregunta, 29% de los pacientes expresa sus molestias y el médico toma en cuenta lo que desea para satisfacer sus necesidades y ubica al médico como interpretativo, 28% expresa libremente sus molestias y el médico comprende sus sentimientos, acompañándolo en el proceso de curación relacionándolo con el modelo deliberativo, según la gráfica 3.



### 3.11 Empatía del médico durante la consulta.

El 50% de los pacientes consideró que el médico se involucra efectivamente con él, 22% mencionó que el médico entiende sus experiencias y sentimientos, finalmente 14% los encuestados contesta que el médico no se interesa por entender sus experiencias personales, ya estas no se relacionan con la efectividad del tratamiento, considerándolo en no empatía, según la gráfica 4.



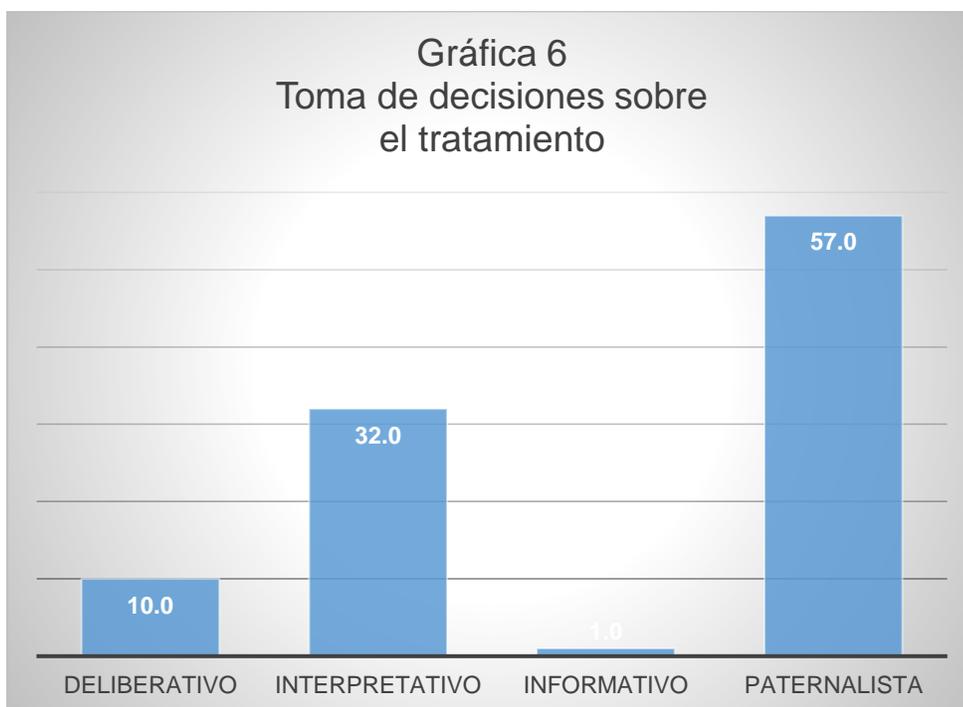
### 3.12 Acuerdos al final de la consulta.

En este resultado se observa que al 61% de los pacientes, el médico le dice lo que tiene que tomar para sentirse mejor, relacionándolo con el modelo paternalista, 17% menciona que el médico le da opciones de tratamiento, le ayuda a determinar y elegir lo más apropiado para él, por medio de la una decisión compartida, ubicando al médico como deliberativo, ver la gráfica 5.



### 3.13 Toma de decisiones sobre el tratamiento.

Se encontró que 57% de los pacientes acepta lo que el médico ha elegido para él, relacionando al médico con el modelo paternalista, 32% ubica al médico como interpretativo porque permite que el médico lo oriente y elige la mejor opción para él, ubicando al médico como informativo, según la gráfica 6.



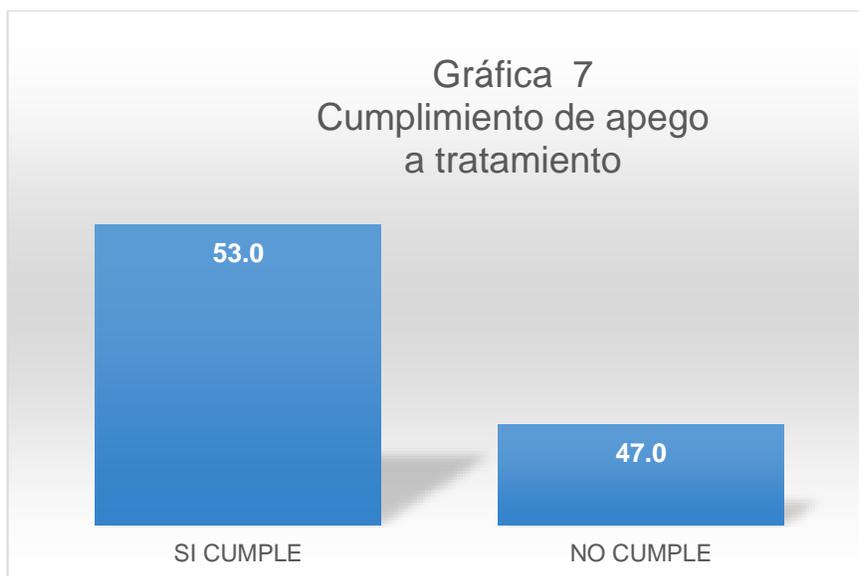
### 3.14 Influencia de la relación que lleva con el médico, en el estado de salud del paciente.

Se cuestionó a los pacientes si creían que la relación que llevaban con su médico tenía influencia en su estado de salud, y 66% contestó que sí, cuadro 10.

<b>Cuadro 10</b> <b>Influencia de la relación en la salud.</b>	
<b>SI</b>	66.0 %
<b>NO</b>	34.0 %

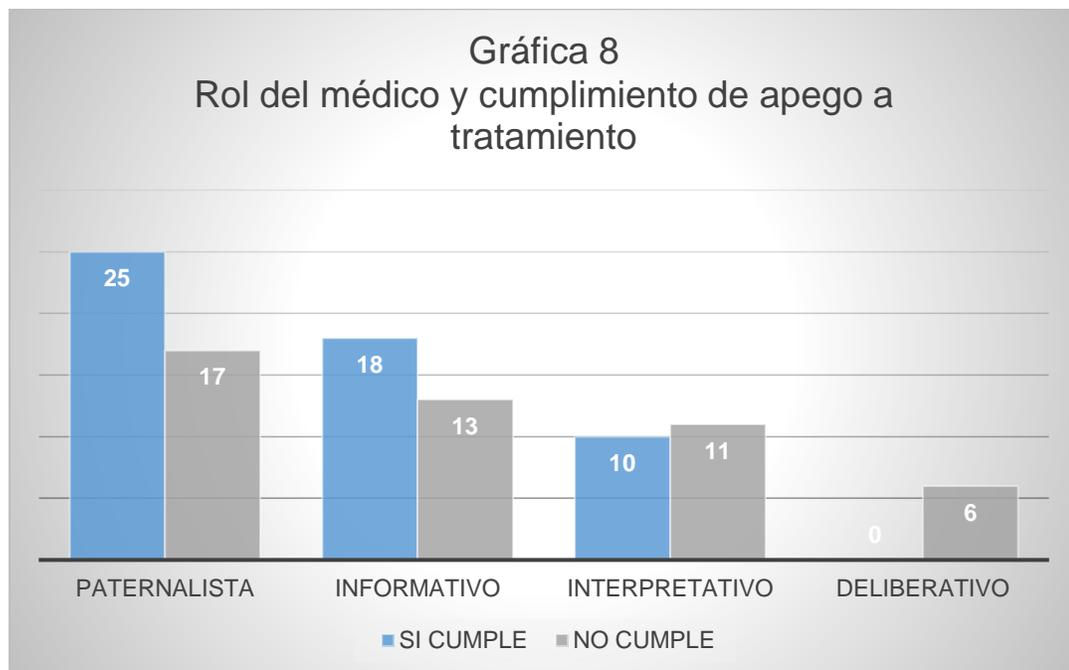
### 3.15 cumplimiento con el apego a tratamiento médico.

Se observa que 53% de los pacientes encuestados tienen cumplimiento con apego a tratamiento, gráfica 7.



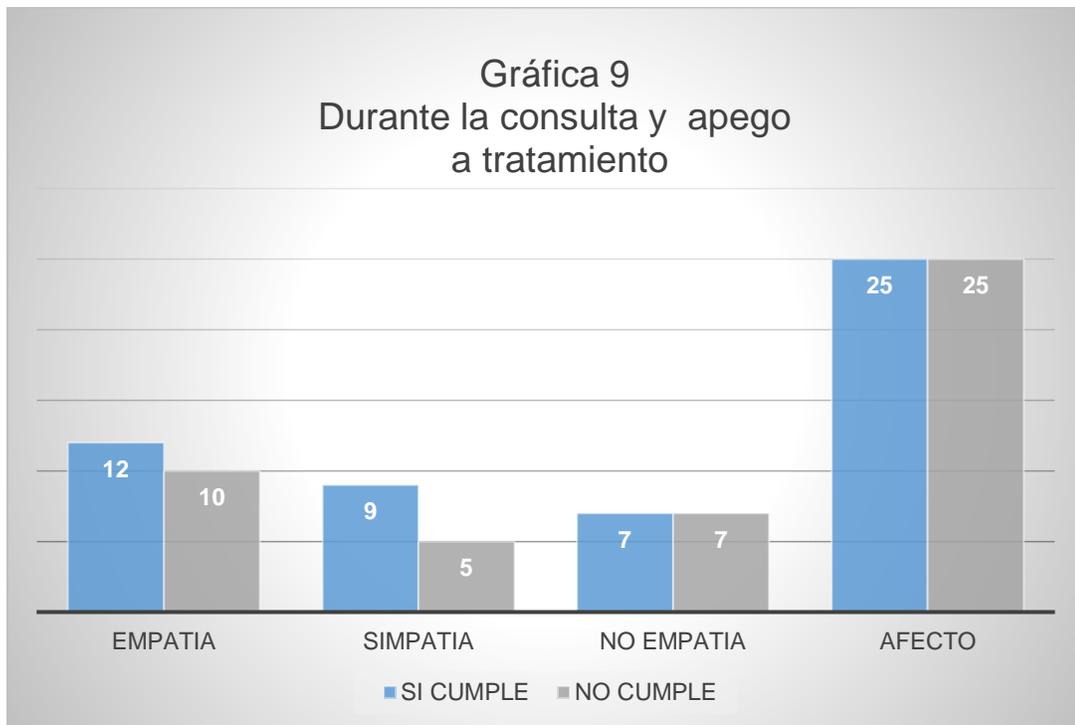
### 3.16 Rol del médico con cumplimiento de apego a tratamiento médico.

Del rol del médico relacionado con el modelo paternalista, 6 pacientes no cumplen con apego al tratamiento en cuestión del modelo deliberativo, además se observó que ninguno cumple apego al tratamiento, en cambio en el modelo paternalista 25 pacientes si cumplen en el apego a tratamiento, gráfica 8.



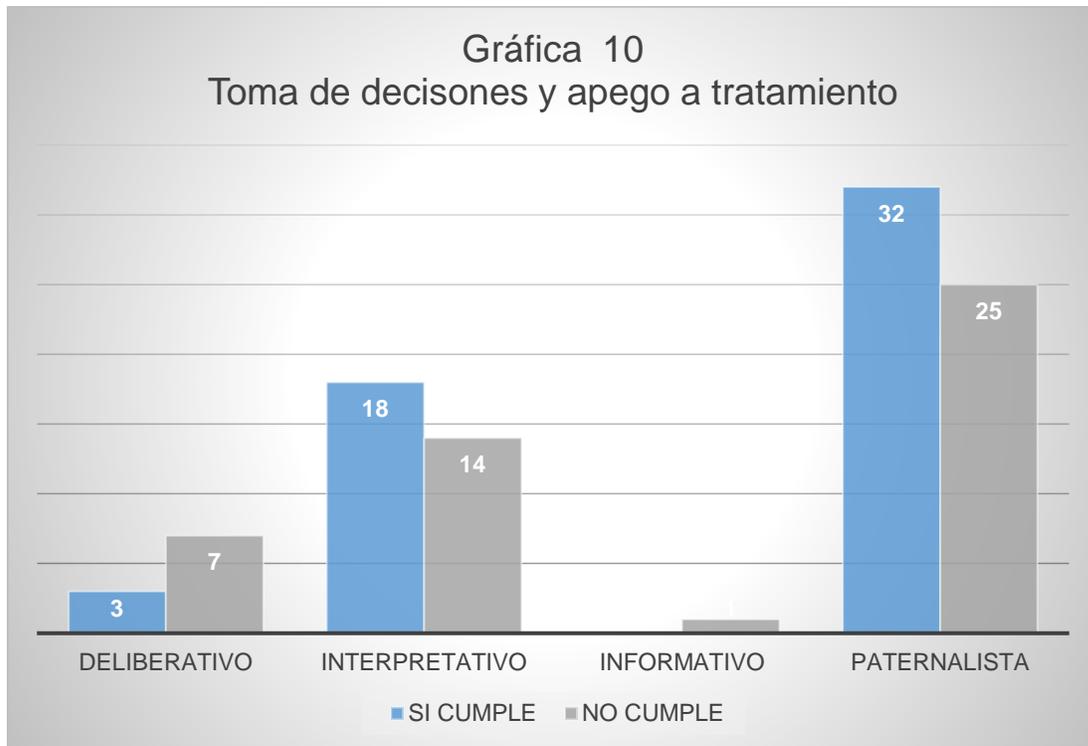
### 3.17 Durante la consulta y con cumplimiento de apego a tratamiento médico.

En la empatía 12 pacientes cumplen con apego al tratamiento y 25 pacientes corresponde al afecto y cumplen con apego a tratamiento, ver gráfica 9.



### 3.18 Toma de decisiones con cumplimiento de apego a tratamiento médico.

En este resultado, el modelo paternalista tiene 32 pacientes que, si cumple con su tratamiento, en el modelo deliberativo 3 de los pacientes si cumple con apego a tratamiento, según la gráfica 10.



#### 4. DISCUSIÓN.

En el estudio fueron incluidos 100 pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. La investigación revela que el 34% de los pacientes cursa con grado de escolaridad de licenciatura, y cumplimiento de apego a tratamiento de 53%, según la OMS, dentro de los factores socioeconómicos, se menciona el analfabetismo como uno de los factores que influyen en el incumplimiento de apego a tratamiento médico en enfermedades crónicas como la hipertensión arterial sistémica.

El resultado en cuanto al género de los pacientes con hipertensión arterial sistémica encuestados, se presenta que 59% son sexo femenino y 41% sexo masculino, de los cuales 71% manifiesta estar casado, lo cual se considera un factor favorecedor para el apego a tratamiento médico ya que se traduce en que el paciente tiene una adecuada red familiar, así lo menciona Marín-Reyes, en donde explica que en el control de la hipertensión arterial, implica la adopción permanente de acciones y el entorno familiar se puede modificar desfavorablemente, de manera que el apego al tratamiento médico se vincula de forma directa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.

Se observó en esta, que el 53% de los pacientes tienen apego a tratamiento médico, lo cual concuerda con lo mencionado por la OMS, en su trabajo publicado "Adherence to long-Term Therapies", después de la reunión de Ginebra en el año 2003, en donde menciona que a nivel mundial se estima una adherencia terapéutica en enfermedades crónicas es del 50%.

El tiempo que tiene el paciente de conocer al médico, se observa que se tiene un rango máximo de 3 años y mínimo de 1 año, con una media de 1.78 años, este tiempo relativamente corto se explica, porque la clínica de consulta externa "A" Toluca tiene 5 años de apertura con atención a la población derechohabiente. De acuerdo a Sánchez Arrastía, la asistencia médica se cimienta en la relación que se establece entre el médico y su paciente, y la buena práctica depende, en gran medida, de la calidad de la relación de ayuda que se pueda lograr en un corto o largo tiempo.

De la población de pacientes encuestados 66% manifiesta que, si tiene influencia la relación que tiene con su médico, en el apego a tratamiento médico, y 34% considera que la relación que tiene con su médico no representa influencia alguna en el apego a tratamiento médico, estos datos encontrados concuerdan con lo descrito por la OMS, que menciona que uno de los factores para la no adherencia terapéutica recae en el equipo sanitario en la relación médico paciente que se desarrolla.

La población de pacientes encuestados en esta investigación se encuentra en un rango de edad de 40 a 60 años, y se observa una media de 53.8 años, esta información es muy importante porque estamos ante una población joven, y de este total, 53% expresaron tener cumplimiento en el apego al tratamiento, es conveniente tener una intervención médica oportuna para lograr un control a largo plazo, prevenir las complicaciones y disminuir las tasas de mortalidad como lo menciona Ortega Cerda. Por la edad que tienen los pacientes encuestados se considera tienen menos factores que se manifiestan en pacientes de edad avanzada, como el olvido, es estrés psicosocial, la angustia por probables efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuada para controlar síntomas de la enfermedad, entender mal las instrucciones, entre otros como menciona a Ramos Morales, del Instituto Nacional de Angiología y Cirugía vascular. La Habana, Cuba.

Se observa que el 75% de los pacientes acude a consulta médica de seguimiento de hipertensión arterial sistémica y esta situación tiene una relación favorable para lograr y mantener apego a tratamiento médico, en concordancia con lo mencionado por Ortega Cerda, comenta que la asistencia a citas de seguimiento es parte de las conductas que favorecen el adecuado apego al tratamiento por parte del paciente.

Uno de los resultados es que un gran porcentaje de los pacientes, relaciona el actuar médico con el modelo paternalista, en el rol de definición del médico con un 42%, autonomía del médico en un 47%, acuerdos al final de la consulta con un 61% y en la toma de decisiones sobre el tratamiento médico con un 57%; lo cual nos hace analizar este tipo de relación médico paciente, ya que como comenta Mendoza F Alfonso en la relación médico paciente 2017, el modelo deliberativo es el que mejor se ajusta a una relación médico paciente ideal, porque se considera que el profesional de la salud no solamente debe tener la capacidad científica y técnica en su disciplina, sino que debe ser capaz de establecer una relación interpersonal que respete la dignidad de la persona humana y sus valores.

Sin embargo, se observa que, en la toma de decisiones sobre el tratamiento médico, 57% ha sido relacionado con el modelo paternalista, y es el modelo de relación médico paciente que más porcentaje tiene de cumplimiento de apego a tratamiento médico, representado con un 25%, en comparación con el modelo deliberativo que tiene un 0% de cumplimiento en apego a tratamiento médico.

En este estudio se observa que solo el 14% es relacionado durante la consulta con simpatía, y de este porcentaje el 9% si cumple con apego a tratamiento médico, en comparación con 5% que no cumple con apego a tratamiento médico, la importancia de este resultado, radica en lo mencionado por Rodríguez Silva, relación médico paciente, donde menciona que una de las características más importante de la relación médico paciente, fué descrita hace más de 2000 años por Hipócrates y bien descritas por Laín Entralgo mediante "saber ponerse en el lugar del otro", empatía.

## 5. CONCLUSIONES.

En este estudio se cumplió el objetivo general. Llama la atención qué el modelo deliberativo que es considerado el modelo ideal para una buena relación médico paciente por ser el modelo en que se toma en cuenta las decisiones del paciente sobre la enfermedad, es el que se encuentra en el menor porcentaje en la clínica con 6%, en donde los pacientes lo consideran amigo y el modelo descrito con mayor porcentaje es el paternalista, sin embargo esto puede ocasionar qué el paciente no tenga decisión en su tratamiento.

Más de la mitad de pacientes encuestados, consideran que la relación que llevan con su médico, tiene influencia en la mejoría de su salud, este hecho es favorable para el médico y para el paciente, porque es una oportunidad para llevar a cabo actividades dirigidas en aumentar la calidad de vida del paciente.

Por el rango de edad de los pacientes encuestados, estamos ante pacientes jóvenes, de los cuales menos de la mitad manifiesta no tener apego a tratamiento médico, nos encontramos con un panorama crítico y al mismo tiempo propicio para implementar acciones médicas que eviten las severas complicaciones del descontrol de hipertensión arterial sistémica.

Más de la mitad de estos pacientes tiene apego a tratamiento médico, y nuevamente la edad es un factor importante para ello, puesto que no tienen alteraciones sensoriales, trastorno motor o trastorno cognitivo como los pacientes de la tercera edad.

El mayor porcentaje de pacientes expresa estar casado, esto se considera un factor de protección por el apoyo de la red familiar con que cuenta el paciente, y consecuente apego a tratamiento médico aumentando la esperanza de vida.

La mayor parte de pacientes encuestados cuenta con licenciatura, esto lo consideramos benéfico, ya que el analfabetismo está íntimamente ligado con un alto porcentaje de desapego a tratamiento médico.

La autonomía del médico, en su mayor porcentaje está relacionada con el modelo paternalista, en donde el paciente considera que el médico no lo guía en su salud, dicha situación interviene negativamente en el apego a tratamiento médico.

En el inicio y dirección de la consulta, el mayor porcentaje de pacientes expresa sus molestias y el médico toma en cuenta lo que desea para satisfacer sus necesidades, haciendo alusión al modelo interpretativo.

Durante la consulta, la mitad de pacientes, determina que el médico se involucra efectivamente con él lo cual lo hace sentirse mejor, relacionando al médico con afecto, favoreciendo el apego a tratamiento médico. En este estudio, la empatía fué descrita por 22 pacientes, es un bajo número, considerando que la empatía es una de las características fundamentales en el adecuado apego a tratamiento médico, sin embargo, se tuvo apego a tratamiento médico de más de la mitad de los encuestados.

Se observa al definir al médico, autonomía del médico, al final de la consulta y en decisiones de tratamiento, prevalece el modelo paternalista, con más de mitad de pacientes con apego a tratamiento médico, por lo tanto, en este estudio se determina que aun cuando se trate de un modelo que no se considera el ideal, para mantener una adecuada relación médico paciente, se tiene un alto porcentaje de apego.

Finalmente se puede concluir que la relación médico paciente es multifactorial, y que no está determinada por un solo modelo de relación médico paciente, y esta investigación, prevalece el modelo paternalista con más de la mitad de pacientes con apego a tratamiento médico.

Dentro de las líneas de investigación pueden ser valorar la calidad de la atención médica brindanda en esta unidad médica, al mismo tiempo determinar los factores que directamente influyen en el adecuado control de los pacientes con hipertensión arterial sistémica.

La calidad en la atención médica, esta estrechamente vinculada a la relación médico-paciente, la cual debe estar basada en la empatía por parte del medico; la importancia de tener una buena relación médico paciente en el primer nivel de atención médica fomentada por el medico familiar y determinada por cierto modelo de relación médico-paciente, radica en que en este nivel, la atención médica brindanda al paciente es continua y no existe un momento en la vida cronológica de los pacientes en donde se puntualice darlos de alta. En este nivel de atención médica se perpetúa y no esta limitada a determinada patología o edad cronológica del paciente.

Para lograr una adecuada relación médico-paciente que influya positivamente en el apego a tratamiento médico de pacientes hipertensos, es necesario que el médico de primer nivel de atención conozca a detalle los tipos de modelo de relación médico-paciente, para que pueda determinar que modelo es más conveniente aplicar durante la consulta médica con los pacientes hipertensos y tener un apego a tratamiento médico.

Respecto al paciente hipertenso, es conveniente contar con grupos de apoyo integrados personal sanitario de las diferentes áreas como nutrición, psicología y médicos, para orientar a los pacientes hipertensos y brindarles información y capacitación sobre la hiepertensión arterial sistémica, y generar inquietude en los pacientes sobre apego a tratamiento y cuidados personales.

## 6. REFERENCIAS.

- 1.- Reyes-Flores E, Trejo-Álvarez R, Aguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A. Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría. REV MED HONDUR, Vol. 84, Nos. 3 y 4, 2016.
- 2.- Sánchez Cisneros N, Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica, revista mexicana de cardiología vol. 14, Núm 3, septiembre-diciembre 2006.
- 3.- Valverde-Merino MI, Métodos para medir la adherencia terapéutica, Neus Pagés-Puigdenont, Ars Pharm.2018, 59(3):163-172.
- 4.- Organización Mundial de la Salud, Adherencia a los tratamientos a largo plazo, 2004.
- 5.- Salinas Cruz E, Nava Galán MG, Adherencia Terapéutica, Enf Neurol (Mex) Vol: 11, No 2 102-104, 2112.
- 6.- Marín Reyes F, Rodríguez-Moran M, Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Pública México 2001; 43:336-339.
- 7.- SECRETARÍA DE SALUD, 2017 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES. Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Adherencia Terapéutica en la Persona Adulta Mayor.
- 8.- Organización Mundial de la Salud. Prevention of Cardiovascular Disease.Guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Ginebra, 2007.
- 9.- Mendoza A. La relación médico paciente: Consideraciones bioética. Rev Peru GinecolObstet 2017;63(4):555-564.
- 10.- Adherencia al tratamiento antihipertensivo, Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. setiembre 2015; 2 (2):43-55.
- 11.- Aid Kunert J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano, Kunert, Rev.virtual. Soc. Parag. Med. Int. septiembre 2015.

- 12.- Castaño-Guerra R et al. Guía de práctica clínica en hipertensión arterial, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (3): 315-324.
- 13.- B. Williams et al. / Rev Esp Cardiol. 2019;72(2): 160.e1-e78. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.10.1016/j.recesp.2018.11.022>.
- 14.- Mejía Estrada A, Romero Zepeda H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. Rev Méd Electrón (Internet). 2017.
- 15.- Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. MÉD.UIS, 2015;28(1):7-13.
- 16.- Marques Filho J. Saad Hossne w. La relación médico-paciente bajo la influencia de la referencia bioética de la autonomía. Rev bioét. (impr).2015,23(2):308-15.
- 17.- Celedón L. C. Relación médico paciente. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza cuello 2016; 76:51-54.
- 18.- Arrubarrena Aragón V. La relación médico-paciente. Cirujano General Vol. 33 Supl. 2-2011.
- 19.- De Francisco A. Los fundamentos de la relación médico-paciente. Acta médica colombiana. Vol24 N 3. Enero-febrero 1999.
- 20.- Hernández Gamboa L. Relación médico-paciente y calidad de la atención médica. Revista CONAMED, año 5, vol. 9, Núm 20, Julio-septiembre, 2001.
- 21.- Ramiro HM, Cruz AJE. Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias. Med Int Méx. 2017 mayo;33(3);299-302.
- 22.- Patricia F. Evaluación de la relación médico paciente (RMP), en una población de san juan, Revista de salud Pública, (XXI) 3:45-53 noviembre 2017.
- 23.-Lázaro J, García D. La relación médico-enfermo a través de la historia, An Sist. Sanit. Navar. 2006;29(Supl. 3): 7-17.

- 24.- Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza-Tobías A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos; prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. *Ensanut MC* 2016. *Salud Pública Mex* 2018; 60:233-243.
- 25.- Villareal-Ríos E, Mathew-Quiroz A, Garza-Elizondo ME, Núñez-Rocha G, Salinas-Martínez AM, Gallegos-Handal M. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. *Salud Pública Mex* 2002; 44:7-13.
- 26.- Zurita Navarrete GR, Estado actual de las demandas, *Cirujano General* Vol. 33 Supl.2-2011.
- 27.- Fuente del campo A, Ríos-Ruiz A, El ejercicio de la medicina y su entorno legal, *Cir. Plást. iberolatinoam*: Vol.44-N2 abril-mayo-junio2018/pag. 123-130.
- 28.- Aranda Sánchez C.I. Cedillo Zaragoza, R. Del Campo Acosta, M.G, Ornelas Segovia, R. O, Góngorta Ortega, J (2014). Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud, *Acta universitaría*, 24 (5), 20-26.
- 29- Jáuregui Aguilar R. La hipertensión arterial sistémica, conceptos actuales. *Acta Médica grupo ángeles*. Vol. 7, N0. 1, enero-marzo 2009.
- 30.- Valencia-Monzalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala de Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) En adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017;34(2):245-9.
- 31.- Ortega Cerda J.J, Sánchez-Herrera D, Rodríguez –Miranda O, Ortega-Legaspi JM, Adherencia terapéutica: un problema de atención médica, *Acta médica grupo ángeles*. Volumen 16, N0. 3, julio-septiembre 2018.
- 32.- Rodríguez Chamorro M.A, García-Jiménez E, A Busquets Gil A, Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria, *Pharmaceutical Care España* 2009; 11(4):183-191.
- 33.- Tagle R, Diagnóstico de hipertensión arterial. *REV. MED. CLIN. CONDES*-2018;29 (1) 12-20.
- 34.- Ramos M.V. Hipertensión arterial: Novedades de las guías 2018, *Rev. Urg, Cardiol*. 2019, 34:53-60. doi: 10.29277/cardio.34.1.10.

35.- Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ, Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 535-547, Octubre – diciembre 2006.

36.- Mingote A, Moreno-Jiménez, Validación psicométrica de la revisión española del cuestionario de relaciones médico paciente (CREM-P). Actas Esp Psiquiatr 2009;37(2):94-100.

## 7.- ANEXOS.

### VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICION).

#### ANEXO 1

Test de Morisky-Green

Descripción.

En la literatura, este test también se denomina Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4). Valora actitudes del enfermo respecto al tratamiento; se califican como cumplidores los pacientes que respondieron correctamente a las cuatro preguntas que lo forman. Una respuesta inadecuada califica al paciente como incumplidor. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

Validación.

Este cuestionario muestra una alta fiabilidad (61%) y está validado en población española. Puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento y presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión y es económico.

Aplicación.

Es un cuestionario de auto aplicación consta de 4 preguntas ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? | SI | NO |
| 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?                        | SI | NO |
| 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?              | SI | NO |
| 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?                 | SI | NO |

## ANEXO 2

Instrumento de recolección de datos de la relación médico paciente.

Basado en el artículo Four Models of the Physician-Patient Relationship de los autores Linda y Ezequiel J, Emanuel, MD, 1992, en el cual describe 4 modelos principales de relación médico paciente, en donde se diseñó y aplicó un cuestionario para explorar las características principales de cada modelo de relación, dirigido a pacientes que consta de 10 preguntas con respuesta cerrada de opción múltiple, en cada inciso describen aspectos relevantes de cada modelo de relación, y 2 preguntas abiertas sobre opiniones personales, incluyendo la ficha de identificación.

NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DE ESCALA DE MEDICION	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE O CODIGOS
1.- Edad	Cuantitativa	Continua	Numero enteros
2.- Genero	Cuantitativa	Nominal (dicotómica)	1.- Masculino 2.- Femenino
3.-Estado civil	Cuantitativa	Nominal	1.- Soltero 2.-Casado 3.-Union libre 4.-Divorciado 5.-Viudo.
4.-Escolaridad	Cuantitativa	Continua	1.-Primaria 2.-Secudnaria 3.-Preparatoria 4.-Licenciatura 5.- Posgrado
5.-Ocupación	Cuantitativa	Nominal	1.-Empleado 2.-Estudiante 3.-Ama de casa 4.-Jubilado.
6.-Tiempo de conocer al médico	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros
7.-Motivo de consulta	Cualitativa	Nominal	Textual
Pregunta 8: Si pudiera definir a su médico lo haría como: a) Guardián de su salud. b) Prestador de un servicio. c) Asesor de la salud. d) Amigo de los pacientes	Cualitativa	Ordinal	1.Paternalista 2.Informativo 3.Interpretativo 4.Deliberativo
Pregunta 9: En su opinión el medico debería:	Cualitativa	Ordinal	1.-Informativo 2.-Interpretativo 3.-Deliberativo

<p>a) Informarlo su estado de salud.</p> <p>b) Dejarlo hablar y adecuar la atención de acuerdo a sus necesidades.</p> <p>c) Escucharlo para llegar a un acuerdo con relación a lo que es mejor para su salud.</p> <p>d) Guiarme para mejorar mi salud.</p>			4.-Paternalista
<p>Pregunta 10: Al inicio de consulta usted:</p> <p>a) Expresa sus molestias y el medico toma en cuenta lo que desea para satisfacer sus necesidades.</p> <p>b) Expresa libremente sus molestias y el medico comprende sus sentimientos, acompañándolo en el proceso de curación.</p> <p>c) Le comunica sus molestias y el médico lo interrumpe dirigiendo las preguntas hacia el motivo de consulta, indicándole lo que debe hacer.</p> <p>d) Habla y le pide datos acerca de su enfermedad, por lo que el médico lo provee de toda información posible.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>1.- Interpretativo</p> <p>2.-Deliberativo</p> <p>3.-Paternalista</p> <p>4.-Informativo</p>
<p>Pregunta 11: Durante la consulta el médico:</p> <p>a) Entiende sus experiencias y sentimientos, poniéndose en su lugar, lo cual le permite ver el mundo a través de usted.</p> <p>b) Comparte sus sentimientos, ideas y experiencia.</p> <p>c) No se interesa por entender sus experiencias personales, ya estas no se relacionan con la efectividad del tratamiento.</p> <p>d) Se involucra efectivamente con usted, lo cual hace que se sienta mejor.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>1.-Empatia</p> <p>2.-Simpatia</p> <p>3.-No empatía</p> <p>4.-Afecto.</p>
<p>Pregunta 12: Al final de la consulta el médico:</p> <p>a) Le informa sobre su padecimiento y le pregunta que tratamiento prefiere.</p> <p>b) Le da opciones de tratamiento y le ayuda a</p>	Cuantitativa	Ordinal	<p>1.- Informativo.</p> <p>2.-Deliberativo</p> <p>3.-Paternalista.</p> <p>4.-Interpretativo</p>

determinar y elegir lo más apropiado para usted, por medio de una decisión compartida. c) Le dice lo que tiene que tomar para sentirse mejor. d) Le explica lo que tiene y le pide su opinión para decidir el tratamiento.			
Pregunta 13: En cuanto a la toma de decisiones del tratamiento: a) Llega a acuerdos con el médico, lo que les permite comprometerse con el tratamiento. b) Permite que el médico lo oriente y elige la mejor opción para usted. c) Usted decide que tratamiento desea recibir. d) Acepta lo que el médico ha elegido para usted.	Cuantitativa	Ordinal	1.- Deliberativo 2.- InterpretativoCR 3.- Informativo 4.- Paternalista.
Pregunta 14: De las características que deben o deberían estar presentes en la relación que lleva con su médico. ¿Cuál considera usted que es la más importante? Y ¿Por qué?	Cualitativa	Ordinal	Textual
Pregunta 15: Cree usted, que la relación que lleva con su médico influye en su estado de salud.	Cualitativa	Nominal	4.- SI 5.- NO
Pregunta 16: ¿Por qué?	Cualitativa	Nominal	Textual
Morinsky. 4 items	Cualitativa	Nominal	Respuesta Cumple No cumple

## CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES.

### ANEXO 3

#### MORINSKY GREEN.

PREGUNTA	DEFINICION	CONCEPTO	DEFINICION OPERATIVA
1	Evalúa la actitud del paciente ante el olvido de la toma de tratamiento, con dos respuestas cerradas.	Pregunta cerrada	Los incisos representan dos respuestas cerradas. a) Si b) No
2	Evalúa la actitud del paciente ante la toma de medicamentos en las horas indicadas, con dos respuestas cerradas.	Pregunta cerrada	Los incisos representan dos respuestas cerradas. a) Si b) No
3	Evalúa la actitud del paciente ante dejar de tomar los medicamentos cuando se siente bien , con dos respuestas cerradas.	Pregunta cerrada	Los incisos representan dos respuestas cerradas. a) Si b) No
4	Evalúa la actitud del paciente ante dejar de tomar el medicamento cuando se siente mal, con dos respuestas cerradas.	Pregunta cerrada	Los incisos representan dos respuestas cerradas. a) Si b) No

## ANEXO 4

### Instrumento de recolección de datos de la relación médico paciente.

PREGUNTA	DEFINICION	CONCEPTO	DEFINICION OPERATIVA
8	Evalúa el rol que adopta el médico frente a los pacientes, en base a cuatro preguntas cerradas que definen un rol en particular.	A través de los modelos de relación médico-paciente descritos en 1992 por Linda y Ezequiel Emmanuel, se pretende identificar el rol que juega el médico frente a los pacientes.	<p>a) Corresponde al modelo paternalista donde define al médico como un guardián de la salud.</p> <p>b) Corresponde al modelo informativo donde el médico es visto como un prestador de servicios.</p> <p>c) corresponde al modelo interpretativo donde se define al médico como un consejero y/o asesor de la salud de los pacientes.</p> <p>d) corresponde al modelo deliberativo donde define al médico como un maestro y/o amigo de los pacientes.</p>
9	Por medio de esta pregunta cerrada que engloba las características de cada modelo de relación médico-paciente, se explora la autonomía del paciente durante la consulta.	<p>El modelo paternalista hace referencia a que los pacientes deben ser guiados para mejorar su salud, de esta manera la autonomía del paciente queda totalmente anulada.</p> <p>En el modelo informativo el médico brinda información relevante al paciente sobre su estado de salud, permitiendo de esta manea que la autonomía se base en el control de las decisiones médicas por parte del paciente.</p> <p>El modelo interpretativo se basa en resolver las necesidades del paciente de acuerdo a sus valores y significados, aquí la autonomía del paciente se limita un poco ya que el médico ayuda al paciente a entender y aplicar sus valores y significados.</p> <p>En el modelo deliberativo la concepción de autonomía del paciente se basa en el autodesarrollo moral, el</p>	<p>Cada inciso está encaminado a las características de un modelo de relación médico-paciente en particular, correspondiendo como sigue:</p> <p>e) Informativo</p> <p>f) Interpretativo</p> <p>g) Deliberativo</p> <p>h) Paternalista</p>

		paciente es alentado a considerar a través del diálogo y acuerdos lo que es mejor para su salud.	
10	Esta pregunta evalúa la manera en que el médico dirige el inicio de la consulta, por medio cuatro preguntas cerradas, las cuales incluyen las diversas características de los modelos de relación médico-paciente.	<p>En el modelo paternalista el paciente comunica al médico sus molestias y es interrumpido por el médico, el cual dirige las preguntas hacia el motivo de la consulta.</p> <p>En el modelo informativo el paciente habla y pide datos acerca de su enfermedad por lo que el médico lo provee de toda la información posible, por lo que es el paciente quien en cierto modo dirige la consulta a su conveniencia.</p> <p>En el modelo interpretativo el paciente expresa sus molestias y el médico toma en cuenta lo que el paciente desea para satisfacer sus necesidades, por lo que la consulta es bidireccional.</p> <p>En el modelo deliberativo el paciente se expresa libremente y el médico comprende al paciente acompañándolo en el proceso de curación por lo que la consulta es bidireccional en mayor sentido.</p>	<p>Cada inciso engloba las características que determinan la manera en que se dirige e inicia la consulta:</p> <p>a) Interpretativo b) Deliberativo c) Paternalista d) Informativo</p>
11	Explora la presencia de empatía en la relación médico-paciente, por medio de cuatro respuestas cerradas, donde cada una define un concepto.	<p>La empatía se define como la habilidad del médico para recibir y codificar la comunicación efectiva de los pacientes, supone la capacidad para ponerse en su lugar, y comprender objetivamente sus sentimiento y conductas. El dominio de la empatía involucra la habilidad de entender las experiencias y sentimientos de la otra persona y la capacidad de ver el mundo desde la perspectiva de la otra persona.</p> <p>La simpatía es la capacidad natural y espontánea, que supone compartir con</p>	<p>El concepto de empatía, simpatía, afecto y falta de empatía:</p> <p>a) Empatía b) Simpatía c) Falta de empatía d) Afecto</p>

		<p>la otra persona sentimientos, ideas y experiencias.</p> <p>Cuando un médico no se interesa por entender las experiencias personales de los pacientes ya que estas no se relacionan con la efectividad del tratamiento estarían ante un caso contrario de la empatía.</p> <p>Por otro lado el involucrarse efectivamente con los pacientes, permitiendo que estos se sientan mejor, debería considerarse como parte del afecto entre ambos participantes de la relación médico-paciente.</p>	
12	<p>Esta pregunta explora la manera en que el médico y el paciente llegan a acuerdos antes de finalizar la consulta, tomando en cuenta los cuatro modelos de relación médico-paciente, por medio de cuatro respuestas cerradas, que engloban las características de cada modelo.</p>	<p>En el modelo paternalista el médico le dice al paciente lo que tiene que tomar para sentirse mejor, por lo que en ningún momento llega algún tipo de acuerdo con él.</p> <p>En el modelo informativo el médico informa al paciente acerca de su padecimiento y le pregunta acerca del tratamiento que prefiere, por lo que tampoco se llega a un acuerdo en concreto.</p> <p>En el modelo interpretativo el médico explica al paciente lo que tiene y le pide su opinión para decidir el tratamiento a seguir, por lo cual, paciente y médico intentan llegar a acuerdos.</p> <p>En el modelo deliberativo, el médico le proporciona opciones de tratamiento y lo ayuda a determinar y elegir lo más apropiado para él, por lo tanto, los acuerdos son compartidos.</p>	<p>Cada inciso representa la presencia o no de acuerdos entre médico y paciente al final de la consulta relacionando a cada uno de ellos a un modelo de relación médico paciente.</p> <p>a) Informativo b) Deliberativo c) Paternalista d) Interpretativo</p>
13	<p>Esta pregunta explora cuál de los participantes de la relación médico-paciente toma las decisiones concernientes al tratamiento, por medio de cuatro respuestas cerradas,</p>	<p>El modelo de relación médico-paciente de tipo paternalista, el paciente acepta lo que el médico a elegido para él, por lo que la toma de decisiones recae completamente sobre el médico.</p>	<p>Cada inciso explora la manera en que se toman las decisiones en la relación médico-paciente representado a cada uno de los modelos.</p> <p>a) Deliberativo b) Interpretativo</p>

	relacionadas de igual manera con los modelos de relación médico-paciente.	<p>En el modelo informativo, el paciente es el que decide el tratamiento que desea, recayendo la toma de decisión en él.</p> <p>En el modelo interpretativo, el médico orienta al paciente, pero la decisión al final la toma el médico con ayuda del paciente.</p> <p>En el modelo deliberativo el médico llega acuerdos con el paciente por lo que la decisión del tratamiento es por medio de un compromiso bidireccional.</p>	<p>c) Informativo</p> <p>d) Paternalista</p>
14	Explora las características más importantes que deben o deberían estar presentes en la relación médico-paciente.	Pregunta abierta para no limitar las posibilidades de la respuesta.	
15	Explora si es que la relación médico-paciente influye sobre la evolución clínica de los pacientes, por medio de dos respuestas cerradas.	Pregunta cerrada.	<p>Los incisos representar dos respuestas cerradas.</p> <p>c) Si</p> <p>d) no</p>
16	Explora la respuesta anterior por medio de una respuesta abierta.	Pregunta abierta para no limitar las posibilidades de la respuesta.	

## ANEXO 5

### 1. CRONOGRAMA.

ETAPA DE LA PLANEACIÓN BIMENSUAL	2019					2020						2021				
	Mar/Abr	May/Jun	Jul/Ago	Sept/Oct	Nov/Dic	Ene/Feb	Mar/Abr	May/Jun	Jul/Ago	Sep/Oct	Nov/Dic	Ene/Feb	Mar/Abr	May/Jun	Jul/Ago	Sep
ELABORACIÓN DE MARCO TEÓRICO	X	X	X	X	X											
MATERIAL Y MÉTODO					X	X	X	X	X							
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO										X						
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO										X	X	X	x			
RECOLECCIÓN DE DATOS												X	X	X		
ALMACENAMIENTO DE DATOS													X	X		
ANÁLISIS DE DATOS														X		
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS														X		
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS														X	X	
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO															X	
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL															X	
AUTORIZACIONES															X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO FINAL																X
SOLICITUD DE EXAMEN DE TESIS																X

## **ANEXO 6**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**Título del protocolo:** Modelo de relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes Hipertensión arterial sistémica, de la clínica de consulta externa “A” Toluca, ISSEMYM.

**Investigador principal:** M.C. Juana Areli Sotelo Guerrero.

Sede donde se realizará el estudio: Clínica de Consulta Externa “A” Toluca, ISSEMYM.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

#### **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

Se plantea la realización de este estudio con el fin de determinar el modelo de relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, de la clínica de consulta externa “A” Toluca, ISSEMYM. Ya que los médicos de primer contacto son el pilar de prevención en complicaciones en Hipertensión Arterial Sistémica.

#### **OBJETIVO DEL ESTUDIO.**

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar el modelo de relación médico-paciente y adherencia terapéutica en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica, de la clínica de consulta externa “A” Toluca, ISSEMYM.

#### **PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.**

En caso de aceptar participar en el estudio se le pedirá completar una encuesta, lo que tomará aproximadamente entre 10 a 15 minutos de su tiempo. Ayudando de esta forma al investigador con la meta del estudio antes informada.

#### **ACLARACIONES.**

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

La información obtenida en este estudio será estrictamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto permanecerán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Si algunas de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

De antemano le agradecemos su participación.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

---

Nombre y Firma del participante.

## ANEXO 7

Instrumento de recolección de datos de la relación médico paciente.

### FICHA DE IDENTIFICACION

1.- Edad\_\_\_\_\_ años.

2.- Genero: Masculino / Femenino.

3.- Estado civil: a) Soltero b) Casado c) Unión Libre e) Divorciado f) Viudo.

4.-Escaridad: a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria d) Licenciatura  
e) Posgrado.

5.-Ocupación: a) Empleado b) Estudiante c) Ama de casa d) Jubilado.

6.-Tiempo de conocer al médico: \_\_\_\_\_

7.-Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

8: Si pudiera definir a su médico lo haría como:

a) Guardián de su salud. b) Prestador de un servicio. c) Asesor de la salud.  
d) Amigo de los pacientes.

9: En su opinión el medico debería: a) Informarlo su estado de salud.

b) Dejarlo hablar y adecuar la atención de acuerdo a sus necesidades.

c) Escucharlo para llegar a un acuerdo con relación a lo que es mejor para su salud.

d) Guiarme para mejorar mi salud.

10: Al inicio de consulta usted:

a) Expresa sus molestias y el medico toma en cuenta lo que desea para satisfacer sus necesidades.

b) Expresa libremente sus molestias y el medico comprende sus sentimientos, acompañándolo en el proceso de curación.

c) Le comunica sus molestias y el médico lo interrumpe dirigiendo las preguntas hacia el motivo de consulta, indicándole lo que debe hacer.

d) Habla y le pide datos acerca de su enfermedad, por lo que el medico lo provee de toda información posible.

11: Durante la consulta el médico:

a) Entiende sus experiencias y sentimientos, poniéndose en su lugar, lo cual le permite ver el mundo a través de usted.

b) Comparte sus sentimientos, ideas y experiencia.

c) No se interesa por entender sus experiencias personales, ya estas no se relacionan con la efectividad del tratamiento.

d) Se involucra efectivamente con usted, lo cual hace que se sienta mejor.

12: Al final de la consulta el médico:

a) Le informa sobre su padecimiento y le pregunta que tratamiento prefiere.

b) Le da opciones de tratamiento y le ayuda a determinar y elegir lo más apropiado para usted, por medio de una decisión compartida.

c) Le dice lo que tiene que tomar para sentirse mejor.

d) Le explica lo que tiene y le pide su opinión para decidir el tratamiento.

13: En cuanto a la toma de decisiones del tratamiento:

a) Llega a acuerdos con el médico, lo que les permite comprometerse con el tratamiento.

b) Permite que el médico lo oriente y elige la mejor opción para usted.

c) Usted decide que tratamiento desea recibir.

d) Acepta lo que el medico ha elegido para usted.

14: De las características que deben o deberían estar presentes en la relación que lleva con su médico. ¿Cuál considera usted que es la más importante? Y ¿Por qué?

15: Cree usted, que la relación que lleva con su médico influye en su estado de salud.

a) SI

b) NO

16: ¿Por qué?

Instrumento de Morisky-Green, adherencia terapéutica.

1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

a) SI b) NO

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

a) SI b) NO

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

a) SI b) NO

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

a) SI b) NO

"2021, Año de la Consumación de la Independencia y la Grandeza de México".

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA "A" TOLUCA  
203F 39623/CCET/0137/2021

TOLUCA, MÉXICO,  
MARZO 30 DE 2021

**JUANA ARELI SOTELO GUERRERO**  
MÉDICO GENERAL ADSCRITO A LA  
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA TOLUCA  
P R E S E N T E

Por medio del presente le envío el dictamen del protocolo titulado " DETERMINA EL MODELO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA" en derechohabientes de esta unidad médica ha sido APROBADO.

Por lo cual puede dar inicio al mismo debiendo entregar a esta unidad los resultados cuando la investigación haya concluido.

Sin otro particular, reitero a usted la seguridad de mi distinguida consideración.

**ATENTAMENTE**



**JULIETA CABALLERO MARTÍNEZ**  
DIRECTORA DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA "A"  
TOLUCA

c.c.p. Consecutivo / Expediente  
JCM/vem\*

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS**

Av. Miguel Hidalgo pte. num. 600, col. La Merced, C.P. 50080, Toluca, Estado de México.  
Tel.: (01 722) 226 19 00.