



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE JEFATURA  
DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



***Asociación entre la relación médico paciente y la adherencia terapéutica  
en pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58***

**TESIS**

**PARA OPTAR POR EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN**

**MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

***Dra. Angela María Hernández López***

***Área de Adscripción: Residente de Medicina Familiar***

***Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar No.58***

***Tel: 55 53 97 30 43***

***Correo electrónico: [angyelukiss@gmail.com](mailto:angyelukiss@gmail.com)***

***Matrícula: 97166843***

**ASESOR**

**Dr. César Carlos López García**

**Área de Adscripción: Coordinador Clínico de Educación e Investigación en  
Salud Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 51**

**Tel: 55 53 61 21 21 ext 114**

**Correo Electrónico: [cesar.lopezga@imss.gob.mx](mailto:cesar.lopezga@imss.gob.mx)**

**Matrícula: 11152984**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **1503**.  
H GRAL ZONA NUM 58

Registro COFEPRIS **17 CE 15 104 037**  
Registro COMBIOÉTICA **COMBIOETICA 15 CEI 002 2017033**

FECHA Martes, 23 de mayo de 2023

**M.E. César Carlos López García**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación entre el nivel de confianza en la relación médico paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2023-1503-035

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

ATENTAMENTE

**Dr. SOFIA LORENA ARIAS CABAÑAS**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1503

Imprimir

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58

TESIS:

ASOCIACIÓN ENTRE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y LA ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE LA  
UMF 58

NUMERO DE REGISTRO SIRELCIS:

R-2023-1503-035

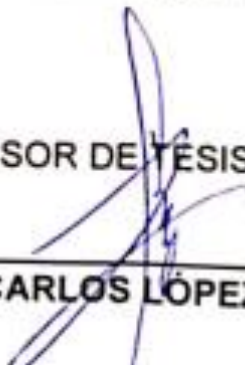
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



\_\_\_\_\_  
DRA. ANGELA MARÍA HERNÁNDEZ LÓPEZ TESISTA

ASESOR DE TESIS:





\_\_\_\_\_  
DR. CESAR CARLOS LÓPEZ GARCÍA


**ASOCIACIÓN ENTRE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y LA ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE LA  
UMF 58**


QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

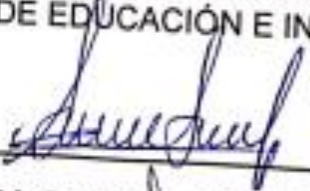
AUTORIZA:


  
\_\_\_\_\_  
**DRA. ALEJANDRA ROJO COCA**  
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. IDANIA CLAUDIA GÓMEZ MÉNDEZ**  
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. DULCE MARÍA JUÁREZ ANDRADE**  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ VARGAS**  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. SANDRA GRISEL GARCÍA CAMPOS**  
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

  
\_\_\_\_\_  
**DR. CÉSAR CARLOS LÓPEZ GARCÍA**  
ASESOR DE TESIS

## **DEDICATORIA**

Esta tesis la dedico en especial a mi familia, quienes han sido mi pilar en cada paso que doy, siempre acompañándome de la mano y respaldando las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida profesional. A todos los profesores que me formaron desde el inicio de mi vida escolar ya que los cimientos se fortalecen desde su origen.

También dedico esta tesis a todos mis amigos, en especial a mis amigas, Carito, Jatziri y Anahid, que siempre estuvieron ahí, para brindarme una palabra de aliento y me recordaron lo fuerte que soy y lo que soy capaz de hacer cuando me lo propongo, gracias a cada una de ellas.

A mis compañeros de residencia que siempre me regalaron risas, tristezas y a veces enojos pero que, a pesar de todo, me llevo un aprendizaje de cada uno de ellos y siempre los recordaré como parte de mi formación profesional.

A la doctora Sandra Grissel García Campos, quien fue mi profesora titular a lo largo de estos tres años de residencia, gracias por sus enseñanzas tanto en lo profesional como en lo personal, agradezco su apoyo en todo momento.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la mujer más importante de mi vida, María Dolores López Castillo, la mejor madre que pude tener, la mujer que hace que cada uno de mis días me sienta afortunada de tener a mi lado, la que siempre está al pendiente de mí a cada paso que doy, la que siempre tiene un plato caliente de comida para ofrecerme después de esas jornadas arduas de trabajo, gracias a ella hoy estoy aquí, culminando una etapa más de mi vida profesional, gracias mamá por ser ese ser humano tan maravilloso que eres y que Dios eligió para mí como madre. Gracias por desvelarte conmigo tantas noches, por trabajar de la mano con mi padre para que todo este sueño se convirtiera en una realidad, gracias por todo tu cariño mamita, te amo.

A mi amado padre, Adrian Hernández García, quien siempre me brindó un techo, alimento, vestido, calzado, todo esto a base de esfuerzo, pero lo mejor de todo... por tu amor de padre, gracias papá por demostrarme que, aunque al principio no se vea la luz al final del túnel, cuando hay amor, todo es posible. Siempre me has enseñado que en la vida hay que ser responsables en cualquier trabajo en el que nos desempeñemos, gracias papá por darme la mejor herencia que un padre puede darle a un hijo... una carrera profesional para poder valerse por sí mismo, gracias por siempre darnos lo mejor, para que mi hermana y yo pudiéramos ser mujeres de bien, te amo papá.

A mi hermosa hermana, Adriana Hernández López, mi compañera de vida, la personita que siempre ha estado ahí para sostener mi mano, con la que pasaba horas y horas eternas por las noches antes de dormir, platicando infinidad de cosas

que nos pasaban y que ahora que se convirtió en madre, me regaló a dos maravillosas personitas que se robaron parte de mi corazón y a los que amo como si fueran mis hijos, mis sobrinos Yulian y Elian. Gracias hermana por sostenerme y por levantarme cuando me quebré y sentía que no podía más, gracias por enseñarme a creer en mí misma y por ser mi confidente y amiga, te amo hermanita.

A mi querido tío, José López Castillo, por ser esa persona que trabaja con pasión en todo lo que hace, el que a pesar de la distancia siempre me ha hecho saber lo orgulloso que se siente de mí, se alegra por mis logros, me apoya incondicionalmente y hace que su cariño traspase kilómetros de distancia para sentir que está presente en todo momento, gracias por tanto tío, lo quiero mucho.

A mi amiga, que más que mi amiga se convirtió en mi hermana, Dulce Carolina Borja Gómez, gracias por la amistad maravillosa que me has regalado desde hace 20 años, por siempre estar presente en cada momento de mi vida a pesar de la distancia y que aunque no nos escribimos diariamente, sabemos que estamos ahí una para la otra, gracias por quererme tanto amiga, yo te quiero mucho más.

A mi querida amiga Silvia Anahid Barrientos Lugo, quien en poco tiempo me demostró la amistad verdadera, siempre he dicho que los tiempos de Dios son perfectos y le agradezco el haberte conocido, gracias por tantas horas al teléfono, brindándome tu apoyo y dándome ánimos para no flaquear y seguir adelante en este proyecto de vida que teníamos en común, gracias por todo tu cariño amiga, te quiero mucho.

## CONTENIDO

CONTENIDO .....	7
MARCO TEÓRICO.....	11
Relación médico-paciente .....	12
<b>Adherencia terapéutica</b> .....	14
Factores que influyen en la NO adherencia terapéutica.....	17
<b>Enfermedad renal crónica</b> .....	18
Definición .....	19
Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica.....	19
JUSTIFICACIÓN .....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	21
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	22
OBJETIVOS .....	22
Objetivo general.....	22
Objetivos específicos.....	22
HIPÓTESIS .....	23
MATERIAL Y MÉTODOS .....	23
Características del lugar .....	23
Tipo de estudio.....	23
Estudio Observacional:.....	23
Transversal: .....	23
Descriptivo: .....	23
Estudio analítico: .....	23
Criterios de inclusión.....	23
Criterios de exclusión .....	24
Criterios de eliminación .....	24
Variables.....	24
Variable independiente:.....	24
Variable dependiente:.....	24
TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	24
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	25
Instrumento de recolección de datos .....	26



Programa de trabajo: descripción general del estudio .....	26
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	27
ASPECTOS ÉTICOS.....	27
Apego a las normas éticas.....	28
Riesgo del estudio: .....	28
Contribuciones y beneficio a los participantes: .....	28
Balance riesgo/beneficio:.....	28
Consentimiento informado:.....	29
Confidencialidad:.....	29
Selección de participantes: .....	29
Aspectos de Bioseguridad: .....	30
Factibilidad: .....	30
Difusión de los Resultados: .....	30
Conflicto De Interés.....	30
DECLARACION DE HELSINKI.....	31
RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD .....	32
Recursos Humanos.....	32
Recursos físicos .....	32
Recursos económicos.....	32
RESULTADOS .....	33
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES .....	45
IMPACTO .....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS .....	49
Cronograma de actividades.....	49
.....	50
INSTRUMENTOS .....	53

## RESUMEN

**Título:** *Asociación entre la relación médico paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58*

**Autores:** López G.C. <sup>1</sup>, Hernández L.A. <sup>2</sup>

**Antecedentes:** La comunicación médico paciente es tan antigua como la medicina misma sin embargo, fue a fines de la década de los años 70 del siglo XX, que ha sido abordada de modo sistemático y formal.

La relación médico paciente representa un aspecto fundamental cuya repercusión sobre el proceso de atención en salud, tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud ameritan un interés especial con el fin de establecer efectos tales como la adherencia a los tratamientos y el cumplimiento de las terapéuticas en favor del restablecimiento de la salud.

La evidencia bibliográfica y de referencias de investigación apuntan a que las características de la relación médico paciente en el proceso de la consulta médica, ejerce una influencia determinante en cuanto a la actitud del paciente frente al tratamiento, su apego a las indicaciones dadas por el médico y el resultado de las prescripciones hechas por parte del profesional.

La empatía por parte del médico en relación con el paciente, se erige como elemento casi que imprescindible, si se tiene en cuenta la vulnerabilidad y otros elementos constitutivos del impacto que la enfermedad tiene sobre las personas. En estudios realizados, el grado de confianza que el paciente encuentra en el médico que lo atiende en la consulta, representa un factor importante que no solamente facilita el desarrollo de la misma, sino que además se refleja en el acatamiento que el paciente hace de las indicaciones dadas acerca del tratamiento a seguir.

Peláez y colaboradores realizaron un estudio de caso cualitativo y concluyeron que una pobre relación médico paciente indujo a los pacientes a ser menos propensos a tomar la medicación ya fuera debido a que no les agradó la actitud del médico durante la consulta, o que sintieron que el médico no fue muy consciente de la condición del paciente y de su historia clínica, a fin de tomar una decisión óptima en cuanto al tratamiento. Relaciones médico paciente construidas bajo condiciones que generen confianza en el paciente, evidencian un incremento en la adherencia al tratamiento.

**Objetivo:** Analizar la asociación entre la relación médico paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58.

**Material y métodos:** se efectuará un estudio descriptivo, observacional, transversal, analítico y de asociación en pacientes de la UMF 58 que cuenten con diagnóstico de enfermedad renal crónica, se utilizará como instrumento CREM-P y ARMS-e.

**Recursos Humanos:** Investigador principal y Tesista.

**Recursos Físicos:** 2 computadoras, impresora, hojas blancas, tabla de portapapeles, software Excel y Word.

**Infraestructura:** Unidad de Medicina Familiar No. 58 "Manuel Ávila Camacho" del IMSS, ubicada en boulevard Manuel Ávila Camacho, fraccionamiento "Las Margaritas", S/N, CP 54050, Tlalnepantla de Baz, Estado de México.

**Experiencia de grupo:**

1.- Dr. César Carlos López García, investigador responsable con 10 años de experiencia en asesoría de tesis de pre y postgrado, con experiencia en investigación médica y asesoría en trabajos de investigación de la UMF 51.

2.- Hernández López Angela María, residente de la especialidad de medicina familiar, cuenta con la experiencia clínica en el manejo de pacientes portadores de Enfermedad Renal Crónica.

**Tiempo a desarrollarse:** septiembre 2022 a mayo 2023

## MARCO TEÓRICO

La relación médico paciente en la medida en que las características de dicha relación se han transformado, entre otras cosas por el uso de la tecnología, el acceso a la información y la modernización de los sistemas de salud; el interés sobre la manera en que se desarrolla la consulta médica, podría permitir analizar el alcance estructural y establecer algunos elementos que podrían considerarse como esenciales en la interacción médico-paciente. Siendo el objetivo fundamental de la consulta médica construir un diagnóstico y a partir de ahí tomar las decisiones sobre el tratamiento de la enfermedad que aqueja al paciente, entablar una adecuada relación entre médico y paciente podría generar grandes retos para el médico si se tiene en cuenta la complejidad del comportamiento humano.

Las diversas concepciones que a lo largo de la historia del ser humano se han construido en torno a la salud, la enfermedad y su cuidado, comprenden siempre la relación entre dos personas; por una parte, un individuo que siente alguna alteración en su cuerpo que le produce dolor o cualquier otro tipo de sensación que limita su capacidad de desempeño y por otro lado alguien que poseedor de recursos especializados, pretende apoyar la recuperación de la buena salud perdida. Este escenario se plasma en la consulta médica, la cual al decir de algunos autores “es específica y muy compleja ya que contiene múltiples dimensiones.

La adherencia entendida como el grado de seguimiento de las recomendaciones dadas por el médico, constituye un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas. El término adherencia o cumplimiento terapéutica incluye tanto el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes. El incumplimiento o falta de adherencia constituye un problema complejo que engloba una gran variedad de situaciones y presenta múltiples causas. Un problema del que es preciso conocer su prevalencia real para cada entidad o enfermedad con la finalidad de combatirlo y mejorar el nivel de salud del paciente.

La falta de adherencia al tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes; sin embargo, en la práctica clínica diaria, seguimos sin reconocer este hecho como la primera causa de fracaso terapéutico, recurriendo con frecuencia a la intensificación de tratamientos o pruebas innecesarias que pueden poner en riesgo al paciente. La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran impacto a nivel mundial, predominando sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, en las cuales la adherencia a largo plazo comprende poco más del 50%, pero es más baja en países en desarrollo. Como consecuencia, tenemos mayores tasas de hospitalización, aumento en los costos sanitarios y fracasos terapéuticos, entre otros problemas.

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado  $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ . También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino-metabólicas.

### Relación médico-paciente

La relación médico-paciente es un modo de relación humano que probablemente comenzara a practicarse desde los mismos orígenes de la humanidad en respuesta a nuestra vulnerabilidad. Encontramos en ella por una parte el rol de la persona enferma que no puede curarse por sí misma, y en otra parte el rol del sanador, en cualquiera de sus modalidades, mágico-religiosa o científica, con la capacidad o saber para ejercer la curación, rehabilitar o en el peor de los casos, acompañar el proceso de muerte. Al hablar de relación, y más concretamente de relación humana, debemos observar que dicha relación implica la creación de un “entre” relacional en el que siguen existiendo dos personas, pero en una dimensión novedosa, la del encuentro, con mutuas influencias, unas deseadas y previsibles por ejemplo la curación y otras no deseadas como la iatrogenia (1).

No siempre la persona buscará al sanador para ser curado, es decir, no siempre es enfermo, sino que puede buscar prevenir la enfermedad. También puede querer rehabilitar una funcionalidad perdida. Por eso, en los últimos tiempos se han utilizado diversas etiquetas: enfermo, paciente, usuario, cliente, para referirse a las distintas acciones que puede estar solicitando la persona que busca ayuda (1).

Según la Organización Mundial de la Salud, la adherencia terapéutica es “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Esta adherencia en los países desarrollados es del 50% y es aún menor en los países en desarrollo debido a la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención en salud. Las barreras de acceso hacen que las personas acudan a los servicios de salud solo cuando su salud está comprometida dificultando el desarrollo de programas preventivos (2).

La relación médico-enfermo según Carrera es “aquella interacción que se establece con el fin de devolverle al paciente la salud, aliviar su padecimiento y prevenir enfermedades”. Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer un tipo de interacción con el paciente del que depende en gran parte el éxito terapéutico. La relación médico-paciente se ha considerado como uno de los factores de mayor influencia en el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas (3).

En la relación médico-paciente hay dos grandes personajes, el médico quien tiene el conocimiento técnico y científico, y el paciente quien pide ayuda. Para que esta relación funcione adecuadamente es necesaria la confianza mutua. Así, la actuación del médico ha sido resaltada por poseer el conocimiento de la enfermedad y la forma de tratarla; sin embargo, esta confianza se ve alterada cuando los médicos brindan poca información a sus pacientes y lo hacen usando un lenguaje técnico que ellos poco entienden, llevando a que se generen dudas, que serán resueltas en muchos casos por personas poco capacitadas en el tema como son los vendedores de farmacias, que si bien no cuentan con el conocimiento, sí cuentan con la disposición y tiempo de escuchar a sus usuarios. Esta conducta errónea del médico es justificada por los pacientes con el pretexto de que los médicos son personas que cuentan con muy poco tiempo, convirtiéndose en un ciclo vicioso de ignorancia (4).

Los médicos sienten que han perdido el respeto y autonomía en su profesión, pues están obligados a tener encuentros esporádicos con los pacientes, muchas veces sin poderles hacer un adecuado seguimiento, ni contando con tiempo para despejar sus dudas. Esta situación también predispone al paciente a actitudes agresivas y no adecuadas, acudiendo al médico simplemente a exigir tratamientos o procedimientos que han funcionado en personas que cursan con su misma enfermedad; esto es a menudo debido a la falta de educación del paciente sobre temas médicos (4).

Hay muchas barreras para una buena comunicación en la relación médico-paciente que dificultan la educación. Las principales quejas de los médicos son poco tiempo de consulta, carga de trabajo, ansiedad y miedo del paciente, miedo al abuso físico o verbal, expectativas poco realistas de los pacientes, temor a las demandas, resistencia del paciente al cambio y falta de entrenamiento en esta área. Por tanto, la empatía es clave para la relación médico-paciente, pues un médico con conducta evitativa hará que el paciente se niegue a contarle sus problemas retrasando el proceso de recuperación. La mayoría de las demandas contra los médicos citan como principal agravio la falta de comunicación con el paciente (5).

Existen factores que juegan un papel muy importante para que los pacientes sean o no adherentes a sus tratamientos. Estos factores tienen que ver con el sistema de salud, con los profesionales, con el paciente y con la familia de éste. Entre los factores del paciente se pueden mencionar las creencias asociadas a la percepción de amenaza a la salud ocasionada por la enfermedad, la estimación del riesgo a enfermarse, la representación mental acerca de la enfermedad, las expectativas, motivación con respecto a que los esfuerzos que se llevan a cabo valen la pena para lograr sentirse mejor, y la valoración de las fortalezas personales; conocimiento de la enfermedad y del tratamiento, así como el afrontamiento del paciente, depresión, estrés y competencias del paciente, y sus creencias acerca de los

beneficios del tratamiento, percepción o no de síntomas, recursos económicos y cultura (5).

La comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta época reciente, fines de la década del 70 del siglo XX, que ha sido abordada de modo sistemático y formal. La investigación en comunicación y salud es reciente, con desarrollo en los años 80 y fundamentalmente en la década del 90. La profundización de su estudio coincide con el enfoque de considerar importante la relación centrada en el paciente, que se inicia en esos años, en correspondencia con los movimientos sociales que defendían los derechos y la autonomía del paciente. Dicha relación se ha transformado fundamentalmente a fines del siglo XX con la posmodernidad, a partir del capitalismo globalizado. Antes la relación era paternalista, donde el médico tenía un rol activo y el paciente acataba pasivamente sus indicaciones. El médico de familia centralizaba toda la información, lo que no sucede en la actualidad, producto de las especializaciones médicas donde se produce una fragmentación de dicha información. Las habilidades diagnósticas clásicas de observación, palpación, percusión, auscultación se fueron perdiendo, producto del desarrollo tecnológico que dio lugar al modelo tecno-médico. Esta nueva etapa histórica modificó la medicina, la práctica médica y también generó cambios en las expectativas de los pacientes, así como cambios sociales. Estas transformaciones influyen en la relación médico-paciente a tal punto que en la actualidad se plantea que la misma atraviesa una crisis.

### **Adherencia terapéutica**

El concepto de la adherencia al tratamiento no es un concepto nuevo. Los autores Ortego, López y Álvarez de la Universidad de Cantabria, España, refieren que es a partir de los años 70 que el estudio de la adherencia adquiere un mayor interés empírico. A partir de ese año se 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 coste sanitario (costo en servicios de salud); y desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional de salud y el paciente (6).

Un asunto de importancia por muchos años en la comunidad médica internacional ha sido, sobre quién recae la responsabilidad de que un tratamiento prescrito sea efectivo o no, señalando al paciente como el único responsable de que el tratamiento para su enfermedad sea exitoso o no. A pesar de que la no adherencia es una práctica común, es poco detectada por los profesionales de salud, ya que es una conducta difícil de medir debido a los diversos factores que influyen sobre ella. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medición y evaluación de la adherencia terapéutica, es una necesidad continua, que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad (6).

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 con la Enfermedad Renal Crónica, la Hipertensión Arterial Sistémica y la Diabetes Mellitus principalmente (7).

La adherencia entendida como el grado de seguimiento de las recomendaciones dadas por el médico constituye un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas y también de los principales factores de riesgo cardiovascular. El término adherencia o cumplimiento terapéutico incluye tanto el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes. Los médicos sobrestimamos la cumplimentación que los pacientes hacen de las prescripciones farmacológicas que les indicamos. Quizás porque no entendemos que resulte tan difícil hacerlo, a diferencia de la mayor comprensión que mostramos con la resistencia al cambio de estilos de vida mantenidos durante décadas (8).

El incumplimiento o falta de adherencia constituye un problema complejo que engloba una gran variedad de situaciones y presenta múltiples causas. Un problema del que es preciso conocer su prevalencia real para cada entidad o enfermedad con la finalidad de combatirlo y mejorar el nivel de salud del paciente.

Los factores asociados con el incumplimiento son múltiples e interrelacionados y pueden ubicarse en el ámbito del paciente (edad, problemas sociales, laborales, económicos, nivel de instrucción, creencias), de la enfermedad, de la terapéutica, del entorno y del médico (mala relación médico-paciente), baja satisfacción del paciente y/o poca confianza con su médico, sensación de no ser escuchados, sensación de que no se les conoce (9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “adherencia terapéutica” como “el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Este enfoque resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas, por tanto, la evaluación de la adherencia debe incluir no solo la toma de los medicamentos en los horarios y dosis prescritas por el médico tratante, sino también la asistencia a las citas de control en los servicios de salud, la realización de exámenes médicos y el logro de estilos de vida saludables, que incluyen la práctica de actividad física regular, alimentación saludable, la disminución o abstinencia del consumo de alcohol y cigarrillos entre otras (10).

Existe acuerdo en considerar la importancia de la medición periódica del cumplimiento terapéutico, ya que hay distintas modalidades de incumplimiento farmacológico, en función de cuándo decide el paciente dejar de tomar la



medicación. Por un lado, es posible que el paciente ni siquiera comience a tomar la medicación, o puede comenzar a tomar el medicamento correctamente, pero al cabo de un tiempo abandonarla prematuramente (10).

En relación a la adherencia es importante hacer referencia al término de la autoeficacia, el cual se relaciona con la voluntad y la capacidad de las personas para influir activamente en diversas conductas de la vida cotidiana, específicamente en los comportamientos de prevención y manejo de enfermedades y condiciones crónicas. La autoeficacia es una variable mediacional que se relaciona con los comportamientos saludables, la adherencia al tratamiento y la disminución de los síntomas físicos y psicológicos. Altos niveles de autoeficacia se relacionan con estados de ánimo más positivos, condiciones de salud más favorables, menor cantidad de síntomas de distrés psicológico y mayor cumplimiento de las prescripciones médicas. En cambio, los bajos niveles de autoeficacia se relacionan con el distrés psicológico, el afecto negativo y la disfunción comportamental, especialmente en pacientes crónicos (11).

Para hacer referencia a la puesta en práctica o a la ejecución de las recomendaciones de salud y/o terapéuticas se han utilizado indistintamente los términos “cumplimiento” y “adherencia”. Hablar de cumplimiento refleja una conducta meramente pasiva (por parte del paciente) o activa (por parte del médico y/o personal sanitario), dando así importancia o “culpando” sólo a una de las dos partes. Por otro lado, la adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, siendo considerada como un fenómeno múltiple y complejo y refiriéndose al grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente. Por lo tanto, este término engloba responsabilidad de las “dos partes” (paciente y médico), donde resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear una adecuada comunicación que facilite la toma de decisiones compartidas. Haynes y Sackett definieron este concepto como “la medida con la que el paciente modifica su conducta, orientándola hacia la ingesta del medicamento o a las medidas recomendadas por el médico” (12).

La falta de adhesión del paciente a los medicamentos recetados plantea un reto importante a la comunidad global de la salud, por lo que se ha convertido en un tema de gran interés y objeto de gran cantidad de estudios; es por ello que, desde hace varias décadas, se han llevado a cabo múltiples investigaciones e intervenciones, algunas de manera intensiva, para mejorar la adherencia a los medicamentos.

La falta de adherencia terapéutica es la herramienta que se utiliza para cuantificar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables (12).

Según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de adherencia es un problema mundial de gran magnitud, ya que, a pesar de que la medicina ha avanzado de manera sorprendente en las últimas décadas, otorgando cada vez mayor conocimiento de las enfermedades y con ello la existencia de numerosos tratamientos médicos sumamente eficaces, la incidencia y prevalencia de muchos padecimientos continúa siendo alta y su tratamiento muestra una menor efectividad a la esperada, como resultado de que las tasas de adherencia a la medicación continúan siendo bajas, y no se han observado cambios significativos a través del tiempo (13).

#### Factores que influyen en la NO adherencia terapéutica

Estudios abordan la adherencia al tratamiento desde un enfoque basado en los factores ambientales y los individuales relacionados con el paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la adherencia al tratamiento como un comportamiento complejo del paciente influido por múltiples factores clasificados en 5 dimensiones (13):

##### - Factores socioeconómicos

El estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte público, el alto costo de los medicamentos, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, la disfunción familiar y algunos factores socio demográficos como la edad y la raza son factores que tienen un efecto considerable en la adherencia (13).

##### - Factores relacionados con la atención médica

La OMS explica que entre los factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria que ejercen un efecto negativo en la adherencia, están: sistemas deficientes de distribución de medicamento, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño. Desde esta perspectiva los factores relacionados con la atención médica incidentes en la adherencia al tratamiento son: el efecto negativo que puede tener el que los servicios de salud en general recibidos sean deficientes, la inexistencia de un plan médico, la falta de conocimiento o adiestramiento del equipo de los profesionales de la salud sobre el manejo y control de las enfermedades crónicas, el poco personal profesional disponible para atender a los pacientes, recargándolos de trabajo y teniendo como consecuencia que las consultas médicas sean breves. Así como, la poca capacidad del sistema de salud para que los profesionales puedan educar a los pacientes sobre su enfermedad y el auto cuidado.

Hay que mencionar la falta de conocimiento de los profesionales sobre la conducta de la adherencia del tratamiento. Razones relacionadas con el profesional sanitario como la falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico. La relación establecida entre profesionales y pacientes en el proceso de la adherencia al tratamiento pudiera contribuir en mayor medida a la misma (13).

- Factores relacionados con la enfermedad o condición del paciente

Destacan la gravedad de los síntomas, el grado o severidad de la discapacidad física, psicológica, social y vocacional, el progreso de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Algunos factores psicológicos, como pueden ser el estrés y la ansiedad no influyeron en la adherencia, pero sí la depresión; la cual fue el único factor asociado significativamente con mala adherencia al tratamiento farmacológico (14).

- Factores relacionados con el tratamiento

La complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos secundarios, la mejoría de síntomas, el olvido, el número de medicamentos prescritos, conocimientos sobre el tratamiento, duración del mismo y cobertura y coste de la medicación. Las tasas más altas de no adherencia al tratamiento se producen cuando el tratamiento se realiza en el medio extrahospitalario. La prescripción por principio activo supone un factor de confusión para los ancianos, así como las vías de administración incómodas (14).

- Factores relacionados con la autonomía del paciente

Los factores psicológicos y no los cognitivos, más las opciones de tratamiento que se le presenten al paciente. Son las variables que determinarán la adherencia al tratamiento: negación, el temor a la dependencia en otros, la ansiedad provocada por el complejo régimen de medicamentos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad (14).

### **Enfermedad renal crónica**

La enfermedad renal crónica (ERC) es la resultante de diversas enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que, lamentablemente, conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada. Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias. Está considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de

sustitución. Este país está compuesto por 31 estados con una población identificada en el año 2005 de 103.263.388 millones de habitantes. Hasta el momento, carece de un registro de pacientes con ERC por lo que se desconoce el número preciso de pacientes en cualquiera de sus estadios, los grupos de edad y sexo más afectados, así como el comportamiento propio de los programas. Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (15).

### Definición

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado  $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ . También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endócrino-metabólicas. La afectación o daño renal pueden determinarse por marcadores directos e indirectos, independientemente del factor causal precipitante (16).

### Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica

En nuestro país las cifras están en torno a 126 casos por millón de población, objetivándose las tasas más altas de incidencia y prevalencia en el grupo mayor de 65 años. Estudios preliminares y diferentes análisis de bases de datos indican que la prevalencia de ERC en estadios 3, 4 y 5 pudieran estar en torno al 17,8% de la población adulta, alcanzando el 45% en la población anciana (16).

## **JUSTIFICACIÓN**

Según los datos aportados por el doctor Javier Soto, del Departamento de Farmacoeconomía de Pfizer, "la mala adherencia terapéutica es responsable del 5 y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125.000 fallecimientos al año. De hecho, la no adherencia se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, en un incremento de la morbi-mortalidad, en la disminución de la calidad de vida y en la necesidad de administrar otros tratamientos, además de aumentar el consumo de recursos sociosanitarios.

Por otro lado, la enfermedad renal crónica está considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad. Este país está compuesto por 31 estados con una

población identificada en el año 2020 de 126 014 024 millones de habitantes. Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En México la principal causa de enfermedad renal crónica es la diabetes mellitus tipo 2, que afecta a 6.4 millones de adultos mexicanos, seguida de hipertensión arterial, que afecta a 22.4 millones según la ENSANUT 2012. Dado que en México no se tiene un registro nacional de enfermos renales, se desconoce la prevalencia de pacientes en terapia de reemplazo renal; sin embargo, algunas estadísticas de la población derechohabiente del IMSS indican una prevalencia de ERC en adultos es superior a 1,000 por millón de derechohabientes. Por otro lado, con base en datos provenientes de distintas fuentes, se estimó que en México 129 mil pacientes presentaban ERC terminal y que sólo alrededor de 60 mil recibían algún tipo de tratamiento. Por las cifras anteriormente descritas, es de importancia conocer cuál es la asociación entre la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal ya que de este modo se podrían reducir las cifras de morbi-mortalidad de este padecimiento y poder brindar a los pacientes un mayor pronóstico y mejor calidad de vida.

Hablando de la relación médico-paciente, un requisito importante para una relación terapéutica exitosa es la capacidad del médico para entender la situación del paciente, su perspectiva y sentimientos, para comunicar esa comprensión y comprobar su exactitud, y actuar en ese entendimiento con el paciente en una terapéutica asertiva, así como la sensibilidad del médico para entender las preocupaciones del paciente, en pocas palabras se debe mostrar empatía.

Es así que comprender y aceptar la capacidad dialogante del individuo y apropiarse de la vivencia ajena, es un ejercicio de empatía que ofrece una visión más completa de la realidad, de la manifestación de la enfermedad en el individuo, que no solo facilita la pesquisa en pro del diagnóstico, sino que se erige como un elemento clave en la curación del enfermo.

Para el paciente que enfrenta una enfermedad, constituye una necesidad muy importante comprender los aspectos que la caracterizan, lo que constituye un proceso cognitivo en el cual el apoyo del médico es importante toda vez que los elementos que la explican son de carácter técnico, biomédico, que requieren ser expuestos en un lenguaje comprensible y que involucra una conexión emocional entre el médico y el paciente en el sentido pedagógico.

Implica también la manera en que el médico, poseedor de un conocimiento y por ende con algún grado de autoridad, aborda al paciente y se convierte así, en gran medida en determinante de las características de la relación con el paciente, identificables por ejemplo en el grado de confianza generado en quien consulta, lo

que deriva en aspectos tales como la adherencia al tratamiento, esencial en la efectividad del mismo.

Carrera en el 2005 afirmó de acuerdo a su estudio realizado que para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer un tipo de interacción con el paciente del que depende en gran parte el éxito terapéutico. De hecho, consideró la relación médico-paciente como uno de los factores de mayor influencia en el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas.

En un estudio realizado en pacientes con diferentes enfermedades crónicas, D'Anello (2006) encontró que el 6% de la varianza en cumplimiento era explicado por la interrelación médico paciente. Numerosos estudios han demostrado que los médicos frecuentemente fallan en ofrecer de manera adecuada las prescripciones a los enfermos debido a deficiencias en la comunicación lo cual redundo en incumplimiento de las recomendaciones (Jhonson y Carlson 2005).

Es evidente que el sistema de comunicación que se establece condiciona la relación médico paciente. Se ha reportado que mejora la salud física, mental, el grado de satisfacción del paciente y familiares y el cumplimiento del tratamiento médico.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo a la OMS, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento. La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar.

Mantener una adecuada relación médico paciente a través de la formación e información que recibe el paciente, incentiva la prevención en salud y adherencia al tratamiento. En un estudio realizado por D'Anello y colaboradores, se concluyó que la relación médico-paciente, vista desde la perspectiva del paciente, y la satisfacción con la atención médica, constituyen variables que afecta directamente la adherencia al tratamiento médico.

Por lo que es de suma importancia el investigar la asociación que hay entre la relación médico paciente y su impacto en la adherencia al tratamiento en los pacientes que cursan con enfermedad renal crónica en la UMF 58 ya que diversos estudios han descrito el impacto de una mejor relación médico paciente en la adherencia terapéutica para diferentes enfermedades crónicas, sin embargo, no se ha realizado estudios hasta el momento que analicen esta asociación en pacientes con enfermedad renal en quienes conocemos el impacto por las complicaciones que esta enfermedad conlleva, así como la morbi-mortalidad en estos pacientes a corto

plazo y su implicación en los costos de atención que esta patología genera para el Instituto Mexicano del Seguro Social; por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación;

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Por lo antes mencionado, nos hacemos la siguiente pregunta:

*¿Cuál es la asociación entre la relación médico paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58?*

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar la asociación entre la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con Enfermedad Renal crónica la UMF 58.

### **Objetivos específicos**

- ✓ Describir las características basales de la población con enfermedad renal crónica.
- ✓ Describir las características de acuerdo a la relación médico paciente de la población adscrita a la UMF 58 con diagnóstico de enfermedad renal crónica de la UMF 58.
- ✓ Describir las características e identificar la adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica.
- ✓ Analizar la asociación entre la relación médico paciente con la adherencia terapéutica.

## HIPÓTESIS

Una mala relación médico paciente, se asoció negativamente con una menor adherencia terapéutica en un porcentaje de pacientes con enfermedad renal de la UMF 58. El estadístico chi-cuadrado tomó un valor igual a 0 si existe concordancia perfecta entre las frecuencias observadas y las esperadas; por contra, el estadístico tomó un valor grande si existe una gran discrepancia entre estas frecuencias, y consecuentemente se rechazó la hipótesis nula.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Características del lugar

Unidad de Medicina Familiar No. 58 “Gral. Manuel Ávila Camacho”, Tlanepantla de Baz, Estado de México, primer nivel de atención médica al paciente derechohabiente.

### Tipo de estudio

Estudio Observacional: Se observó la asociación entre la relación médico paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58.

Transversal: se realizaron los siguientes cuestionarios: CREM-P y ARMS-e

Descriptivo: Se evaluó con base en los cuestionarios realizados, el porcentaje de pacientes con enfermedad renal crónica que tienen una mayor o menor adherencia terapéutica asociada con una buena o mala relación médico-paciente.

Estudio analítico: El estudio que se realizó es analítico ya que se aplicaron cuestionarios a pacientes que cursan con enfermedad renal crónica y a través de estas herramientas, se evaluó la asociación que existe entre la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica.

### Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes derechohabientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58
- ✓ Edad entre los 18 a 59 años
- ✓ Pacientes con más de 3 consultas en la UMF 58



## Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes con deterioro cognitivo que imposibilite contestar el instrumento de evaluación.
- ✓ Pacientes que no acudan a la consulta de la UMF 58 debido a que son atendidos a distancia.
- ✓ Pacientes que pertenezcan al programa de visitas domiciliarias

## Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos

## Variables

Variable independiente: la relación médico-paciente

Variable dependiente: adherencia terapéutica

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó un cálculo del tamaño de muestra considerando la fórmula para un cálculo de una proporción para una población definida 318, para obtener un intervalo de confianza del 95% con un margen de error del 5% con un resultado de 138.

Z=1.96 para el 95% de confianza;

p=frecuencia esperada del factor estudiado considerando la adherencia terapéutica en estudios previos (0.10)

q=1-p (0.90)

d=precisión o error admitido (0.05 o 5%)

n=tamaño de muestra (138)

$$N = \frac{p(1-p)Z^2}{d^2}$$

$$n = \frac{0.10(1-0.10)1.96^2}{0.05^2} = 138$$

## VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medición	Categoría
Edad	Cuantitativa	Se refiere al número de años completos que tiene una persona en una fecha concreta.	Se les preguntará través de la aplicación de los cuestionarios.	Razón	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa	Se refiere al sexo biológico de la persona. Según la OMS el sexo hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Se les preguntará través de la aplicación de los cuestionarios.	Nominal Dicotómica	Femenino Masculino
Ocupación	Cualitativa	La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella o él se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo.	Se les preguntará través de la aplicación de los cuestionarios.	Nominal Politómica	Licenciado Abogado Arquitecto Ingeniero Empleador Hogar
Relación médico-paciente	Cualitativa dependiente	Es una actividad moral que surge de la obligación del médico de aliviar el sufrimiento y respetar las creencias y la autonomía del paciente. Por lo general es iniciada por consentimiento mutuo, expresado o implicado, para prestar atención médica de calidad.	A qué médico va dirigido Cuestionario CREM-P	Nominal Dicotómica	Mayor acuerdo- Mayor desacuerdo
Adherencia terapéutica	Cuantitativa independiente	Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico.	Cuestionario ARMS-e	Nominal dicotómica	Mejor adherencia- Menor adherencia.
Factores relacionados con el tratamiento.	Cualitativa	La complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos secundarios, la mejoría de síntomas, el olvido, el número de medicamentos prescritos, conocimientos sobre el tratamiento, duración del mismo y cobertura y coste de la medicación.	Cuestionario ARMS-e	Nominal dicotómica	Mejor adherencia- Menor adherencia.
Relacionados con la autonomía del paciente	Cualitativa	Los factores psicológicos y no los cognitivos, más las opciones de tratamiento que se le presenten al paciente. Son las variables que determinarán la adherencia al tratamiento: negación, el temor a la dependencia en otros, la ansiedad provocada por el complejo régimen de medicamentos y el sentirse estigmatizado .	Test de evaluación de la autonomía del paciente.	Nominal dicotómica	Autónomos o No autónomos.

## **Instrumento de recolección de datos**

- ❖ Cuestionario ARMS-e que es adecuada para la medición de la adherencia en pacientes pluripatológicos, se pudo valorar de forma multidimensional la falta de adherencia al tratamiento. Este cuestionario permitió individualizar las posibles intervenciones en función de las barreras detectadas en cada paciente. El cuestionario aplicado consta de 12 preguntas, para cuantificar el grado de adherencia, se asignó un valor de 1 a 4 a cada una de las posibilidades de respuesta de acuerdo a una escala tipo Likert: nunca, algunas veces, casi siempre o siempre, donde el punto de cohorte fue de 20 puntos, puntajes menores a 20 indican mayor adherencia y puntajes mayores a 20 indican menor adherencia.
- ❖ Se realizará también el cuestionario CREM-P el cual evalúa la calidad de la relación médico-paciente. El mismo consta de 12 ítems y se muestra como un instrumento fiable, válido y de fácil cumplimentación, diseñado para permitir la evaluación tanto en contextos clínicos como de investigación. El cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 6 puntos donde 1 significa totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 levemente en desacuerdo, 4 levemente de acuerdo, 5 de acuerdo y 6 totalmente de acuerdo. El punto de cohorte fue de 35 puntos, puntajes menores a 35 puntos, indicó mala relación médico-paciente y puntajes mayores a 35 puntos una buena relación médico-paciente.

## **Programa de trabajo: descripción general del estudio**

Previa evaluación y autorización por el comité local de investigación en salud 1503 y el comité local de ética en investigación 1503-8 y con el visto bueno de las autoridades de la unidad se procedió a:

Con base al tamaño de muestra calculado, se eligió a pacientes con enfermedad renal crónica de forma aleatoria de los consultorios de la UMF 58, el médico residente fue el encargado de contactar a estos pacientes una vez terminada su consulta médica y fuera del consultorio se les explicó en qué consistía el estudio, se les otorgó a su vez un consentimiento informado. Lo que se buscó a través de esta investigación, fue determinar la asociación en la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica en paciente con Enfermedad Renal Crónica.

Una vez que se obtuvo la autorización por parte de los pacientes elegidos previamente, y que firmaron su consentimiento informado, se inició la realización de los cuestionarios antes descritos, en los cuales no se plasmó ningún dato personal

del paciente, únicamente su número de seguridad social, esto con la finalidad de que pudieran responder de forma libre y honesta cada una de las preguntas y así evitar en la medida de lo posible sesgos que pudieran presentarse.

Los datos obtenidos, se ingresaron en una base de datos en programa Excel, para poder realizar el análisis estadístico. Los resultados se plasmaron cuidando el anonimato de los pacientes que participaron en las encuestas.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizó una base de datos donde se describieron los resultados que se obtuvieron, los cuales fueron expresados en porcentajes y proporciones que se plasmaron en tablas y gráficas de pastel.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

El presente protocolo de investigación; fue sometido a evaluación y aprobación por el Comité de Ética en Investigación 15038 y el Comité Local de Investigación 1503, el cual fue dictaminado como aprobado posterior a lo cual se inició con la realización del mismo. Este estudio nos permitió determinar, cuál es la asociación en la relación médico paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la UMF 58.

En este protocolo no se realizó ninguna intervención, solo se realizaron 2 encuestas al paciente, se apegó a las siguientes normas éticas: el Código de Nuremberg 1947, los principios básicos de Bioética Beauchamp y Childress sobre la investigación en seres humanos: autonomía, beneficencia-no maleficencia, justicia y respeto, la Ley General de Salud y el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación.

### **Riesgo del estudio.**

De acuerdo con el artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación, el riesgo de este proyecto corresponde a un estudio de riesgo mínimo, debido a que se centró en la aplicación de dos encuestas: CREM-P y ARMS-e.

### **Contribución y beneficio a los participantes**

De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, Capítulo I, Artículo 17, el presente trabajo determinó cuál es la ***asociación en la relación médico paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con Enfermedad Renal Crónica de la UMF 58.***

## **Apego a las normas éticas**

En este protocolo de investigación, todos los cuestionarios o instrumentos de recolección de datos, fueron recabados y conservados de acuerdo con los lineamientos institucionales, con estricta privacidad en el manejo de la información, también nos apegamos a los principios para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales establecidos en el código de Núremberg 1947, los principios básicos de la bioética de Beauchamp y Childress sobre la investigación en seres humanos: autonomía, beneficencia-no maleficencia, justicia y adicionalmente el respeto, la Ley general de salud y el Reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación, la declaración de Helsinki realizada durante la 8° Asamblea Médica Mundial, en Helsinki Finlandia en junio de 1964 y su última enmienda realizada durante la 64 asamblea de la Asociación Médica Mundial en Fortaleza Brasil en octubre de 2013 y la declaración de Taipei sobre las consideraciones éticas en relación con las bases de datos de salud y los biobancos que complementa oficialmente a la declaración de Helsinki desde el 2016.

### **Riesgo del estudio:**

Este protocolo de estudio fue considerado como de riesgo mínimo, por tratarse de una investigación en la que solo se aplicaron cuestionarios que fueron llenados con pluma en hoja blanca, por lo que no se afectó la integridad física ni psicológica del paciente encuestado.

### **Contribuciones y beneficio a los participantes:**

El participar en este estudio no generó ningún beneficio económico para los participantes, ni tampoco generó ningún costo adicional para ellos, sin embargo, la intención del presente estudio fue generar información científica útil y aplicable en la atención en salud de los pacientes con enfermedad renal crónica y observar la asociación que existe en la relación médico paciente y su adherencia al tratamiento médico ya que de acuerdo a los artículos investigados, entre mejor sea la relación médico-paciente, mayor es la adherencia terapéutica.

### **Balance riesgo/beneficio:**

En este protocolo, tomando en cuenta que la información fue obtenida por un método que no implica riesgo alguno a la integridad del participante ni a su salud, respetando el principio bioético de no Maleficencia; los beneficios si bien no son claros a corto plazo, tuvieron un impacto favorable en los pacientes al reportar los beneficios esperados tomado en cuenta los objetivo del estudio, siguiendo los principios de respeto y justicia por las personas, ya que todas las personas tienen la misma

dignidad y son merecedoras del mismo trato, todos los pacientes abordados, tuvieron la misma oportunidad de integrarse a la investigación y de decidir si aceptaban o no colaborar en la misma, sin que existiera coerción por parte de los investigadores, en apego al principio de fundamental de la Autonomía, así como también buscando el beneficio máximo, con el mínimo riesgo, procurando no producir daño y/o prevenirlo al máximo, haciendo manifiesto el apego a los principios fundamentales de bioética en la investigación en seres humanos descritos en el informe Belmont 1979.

### **Consentimiento informado:**

La carta de consentimiento informado fue obtenido por parte del médico residente investigador quien se capacitó para el proceso de solicitar y obtener dicho consentimiento a cada uno de los participantes, este proceso de solicitud se llevó a cabo el mismo día en cuanto el paciente salía de su consulta médica, se le abordó explicándole sobre el estudio que se estaba realizando, el proceso de obtención del consentimiento, se llevó a cabo en un aula de la UMF 58 que se encuentra en la planta baja, asignada para llevar a cabo este proceso, dicha aula fue utilizada ya que se encuentra en un sitio con ambiente tranquilo, sin ruido ni distractores y sin factores que afectaran su integridad física ni psicológica del paciente a encuestar, se dio información de las variables de estudio así como también se resolvieron dudas sobre la participación en el mismo, en un lenguaje en donde se favoreció siempre la comprensión, dándole a conocer que se aclararía cualquier duda que pudiera surgir respecto al contenido de dicho consentimiento, así como respecto a las encuestas que se realizaron, garantizando que era voluntad propia del participante sin coacción de ningún tipo por parte del colaborador, sin que esto afectara o demeritara la atención que reciben en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Como se establece en la declaración de Helsinki 2013 haciendo válido el principio de autonomía de cada participante.

### **Confidencialidad:**

Los datos de los pacientes que aceptaron participar en el estudio fueron mantenidos en total confidencialidad. A cada participante se le asignó un código con el cual fue identificado cada cuestionario. Los datos completos solo están disponibles para los investigadores responsables del protocolo, en una base de datos que están resguardados por una clave a la cual solo tienen acceso los investigadores, quienes manifestamos la obligación de no revelar la identidad de los participantes, durante la realización del estudio e incluso durante la divulgación de los resultados.

### **Selección de participantes:**

La selección de los participantes fue realizada de forma imparcial, sin sesgo social, racial, preferencia sexual y cultural, respetando el principio de equidad y justicia,

donde no existió ningún tipo de discriminación, de acuerdo a la Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación modificada en 2018.

#### **Aspectos de Bioseguridad:**

Como la obtención de información fue a través de un cuestionario, el cual es un instrumento no invasivo, no tuvo implicaciones de bioseguridad que pusieran en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, o afectara al medio ambiente, evitando todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental como lo dicta el código de Nuremberg 1947.

#### **Factibilidad:**

La Unidad de Medicina Familiar ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho Colonia Las Margaritas Tlalnepantla Estado de México, ofrece servicios de consulta externa y especialidad contando con los servicios de Otorrinolaringología, Oftalmología, CADIMSS, Epidemiología, Curaciones, Medicina Preventiva, Dermatología, Traumatología y Ortopedia, Cardiología. Se estima que existe una población suscrita de 139,519 de los cuales 384 cuentan con las características consideradas en los criterios de inclusión que se requerían para esta investigación, no se requirieron acciones o gastos adicionales, en cuanto a la obtención de las variables. Además de que el proyecto fue planteado de forma que se respetaran los principios fundamentales en la investigación en seres humanos, con un balance riesgo- beneficio que se decanta hacia el beneficio y en apego a todos los lineamientos Institucionales, nacionales e internacionales en la investigación en seres humanos, por lo que se consideró un estudio factible.

#### **Difusión de los Resultados:**

La realización de este proyecto es utilizado para obtener el grado de especialidad en Medicina Familiar, se pretende que la difusión de los resultados sea presentada en un foro de investigación regional o nacional y/o la publicación en una revista científica.

#### **Conflicto De Interés**

Los investigadores declaran que no hay ningún conflicto de interés para la realización de este estudio.

## DECLARACION DE HELSINKI

Conforme a la última enmienda de Helsinki por la asociación médica mundial en su 64 asamblea general celebrada en su última edición en Brasil de 2013, este trabajo de investigación obedeció a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Destacando los siguientes principios aplicables a esta investigación.

- ✓ El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica.
- ✓ El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
- ✓ La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- ✓ En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

Se tomaron las precauciones por parte del investigador y tesista para el resguardo de la intimidad de la persona que participó en la investigación, así como la confidencialidad de su información personal.

Todas las personas que participaron en la investigación médica, tendrán la opción de acceder a los resultados generales del estudio.

Conforme a lo anteriormente descrito, esta investigación se apegó a los principios éticos de acuerdo con la ley general de salud en materia de investigación para la salud y la última enmienda de Helsinki; en este protocolo de investigación, se respetó la autonomía, dignidad e integridad de los participantes, cuidando de su bienestar físico, emocional y social, cuidando de la privacidad de todos sus datos personales.

El protocolo de investigación fue enviado para consideración, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio.



## **RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD**

Todos los recursos necesarios fueron cubiertos por parte del tesista.

### Recursos Humanos

Investigador Tesista: Residente de medicina familiar

Investigador responsable: Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.

### Recursos físicos

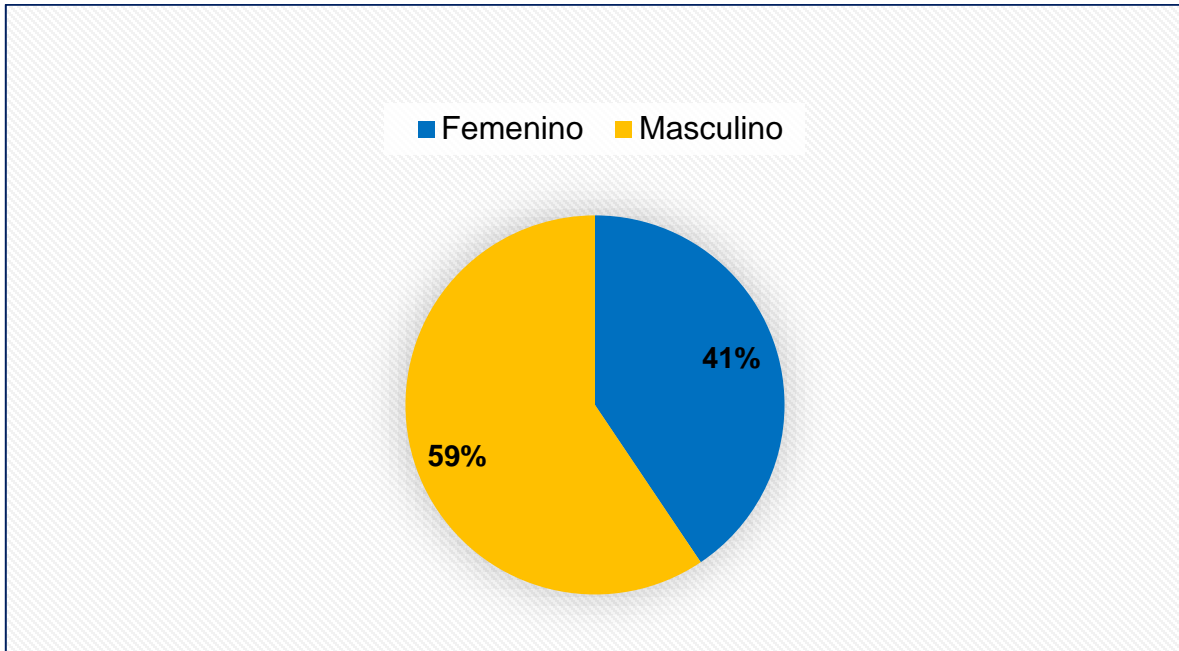
- Área física: Exterior del consultorio de su UMF
- Instrumentos de medición: Cuestionario ARMS-e, cuestionario CREM-P
- Formatos de recolección:
  - Cuestionarios
  - Una computadora
  - Una impresora
  - Programa Excel
  - Paquete de hojas blancas
  - Plumas

### Recursos económicos

Los gastos generados para esta investigación corrieron a cargo del tesista

## RESULTADOS

En la gráfica número 1 se muestra en porcentaje de una muestra de 138 pacientes encuestados de acuerdo a su género, el sexo masculino fue un total de 82 pacientes lo que representó el 59% y el sexo femenino fue un total de 56 pacientes lo que representó el 41%.

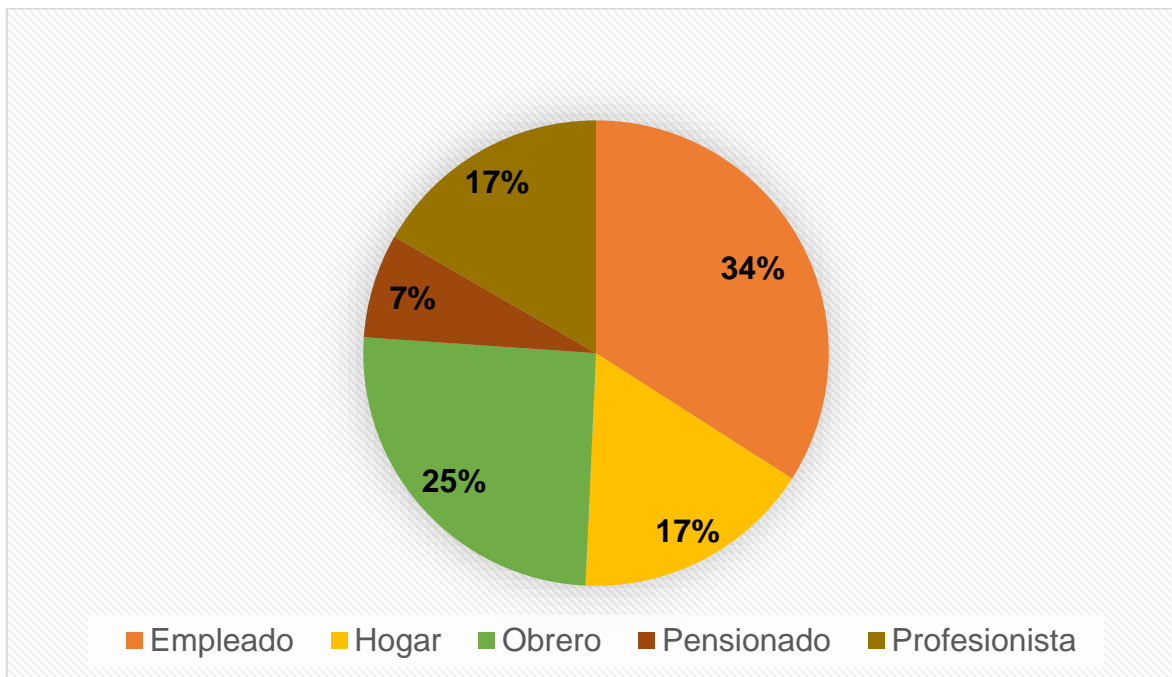


Gráfica 1. Porcentaje de personas con Enfermedad Renal Crónica que fueron encuestados de acuerdo a género.

**Tabla 1**

Sexo	No. de pacientes	Porcentaje
Femenino	56	41
Masculino	82	59
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

En la gráfica número 2 se representa la ocupación de los participantes, donde se observa que 47 (34%) son empleados, 23 (17%) se dedican al hogar, 35 (25%) son obreros, 10 (7%) son pensionados y 23 (17%) son profesionistas.

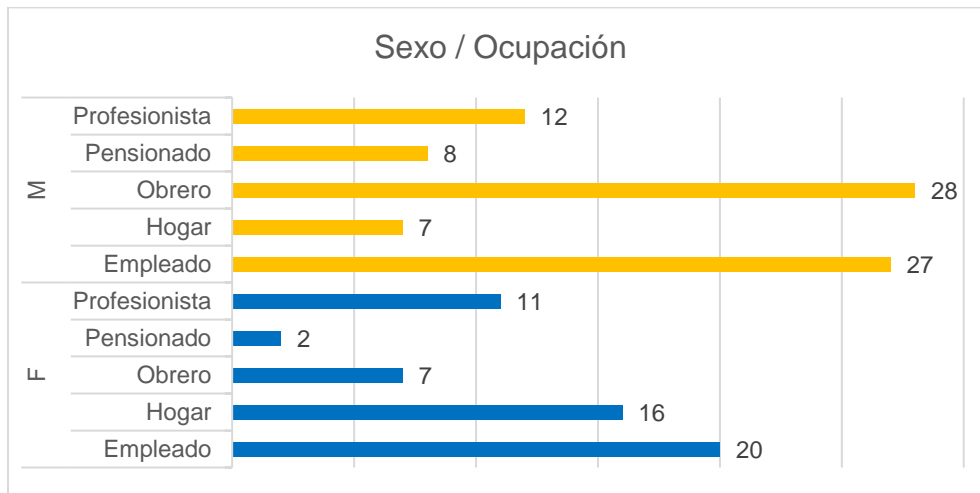


Gráfica 2. Porcentaje de acuerdo a la ocupación de los pacientes encuestados

**Tabla 2**

Ocupación	No. de pacientes	Porcentaje
Empleado	47	34
Hogar	23	17
Obrero	35	25
Pensionado	10	7
Profesionista	23	17
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

En la gráfica número 3 se plasma la ocupación de los pacientes encuestados de acuerdo a su género, se observa que 20 de las personas del sexo femenino son empleadas y 28 de las personas del sexo masculino son obreros.

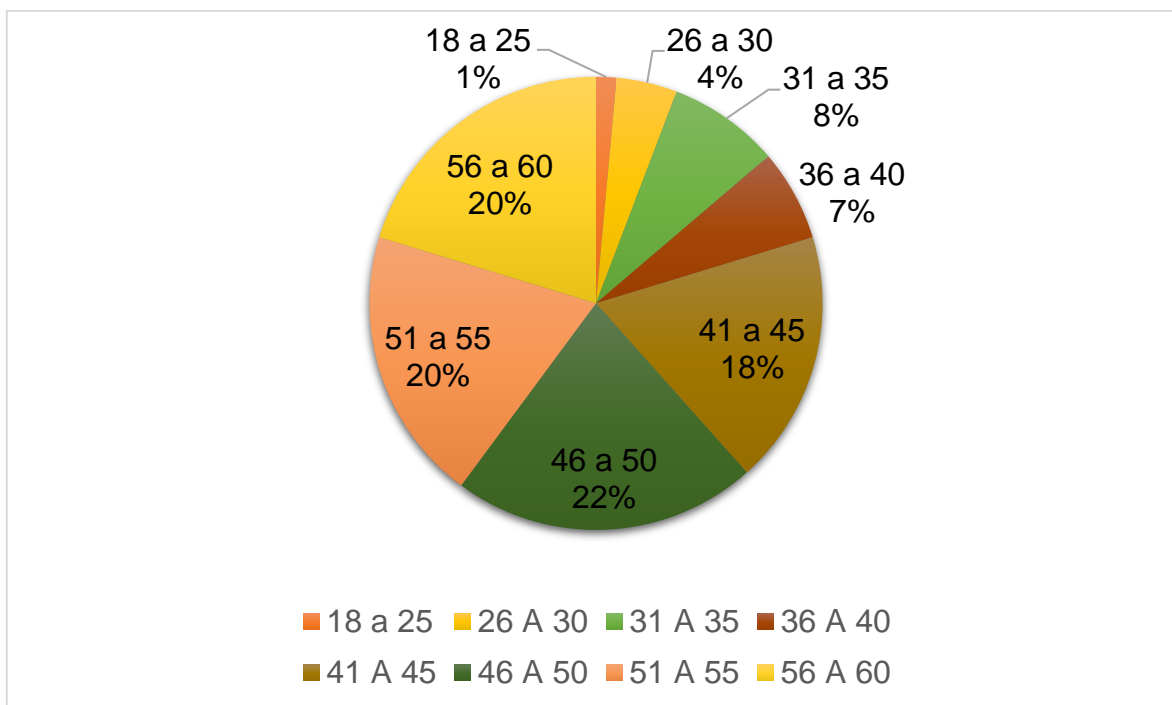


Gráfica 3. Ocupación de acuerdo al género

Tabla 3.

Sexo/Ocupación	cantidad	%	
<b>F</b>	Empleado	20	14%
	Hogar	16	12%
	Obrero	7	5%
	Pensionado	2	1%
	Profesionista	11	8%
<b>M</b>	Empleado	27	20%
	Hogar	7	5%
	Obrero	28	20%
	Pensionado	8	6%
	Profesionista	12	9%
<b>Grand Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>	

En la gráfica número 4 de acuerdo a la edad, se realizaron rangos para poder evaluar los porcentajes, de 18 a 25 años: 2 personas (1%), de 26 a 30 años: 6 personas (4%), de 31 a 35 años: 11 personas (8%), de 36 a 40 años: 9 personas (7%), de 41 a 45 años: 25 personas (18%), de 46 a 50 años: 30 personas (22%), de 51 a 55 años: 27 personas (20%), de 56 a 60 años: 28 personas (20%).



Gráfica 4. Porcentaje de acuerdo a rangos de edad

Tabla 4.

EDAD	No. de pacientes	Porcentaje
18 a 25	2	1
26 a 30	6	4
31 a 35	11	8
36 a 40	9	7
41 a 45	25	18
46 a 50	30	22
51 a 55	27	20
56 a 60	28	20
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

De acuerdo a los cuestionarios realizados, se graficaron las respuestas de cada ítem, Los cuestionarios realizados fueron: CREM-P y ARMS-e.

Cuestionario CREM-P para valorar la buena o mala relación médico-paciente. A mayor puntaje, buena relación médico-paciente y a menor puntaje, mala relación médico-paciente. Se calificaron las siguientes respuestas de cada ítem:

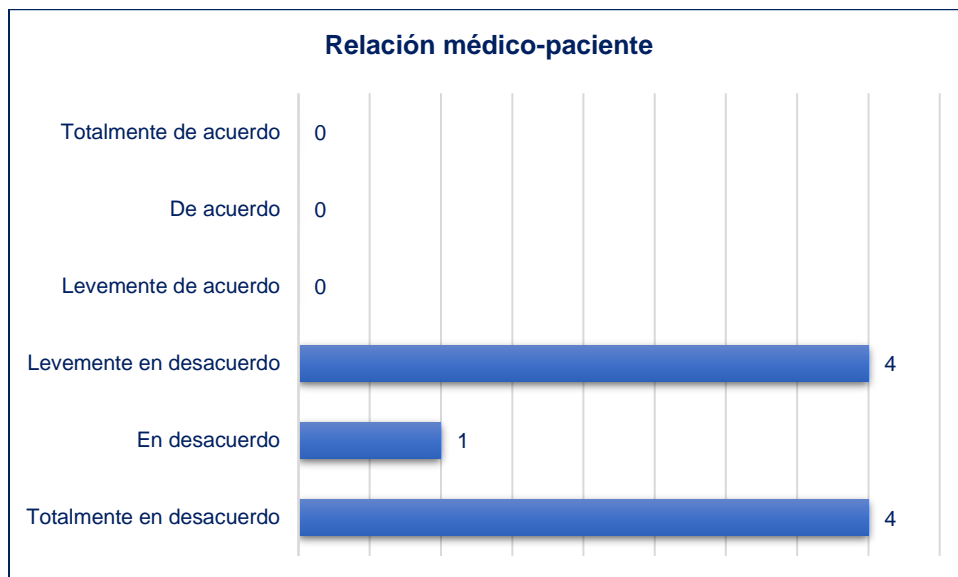
- 1: Totalmente en desacuerdo
- 2: En desacuerdo
- 3: Levemente en desacuerdo
- 4: Levemente de acuerdo
- 5: De acuerdo
- 6: Totalmente de acuerdo

## RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO CREM-P

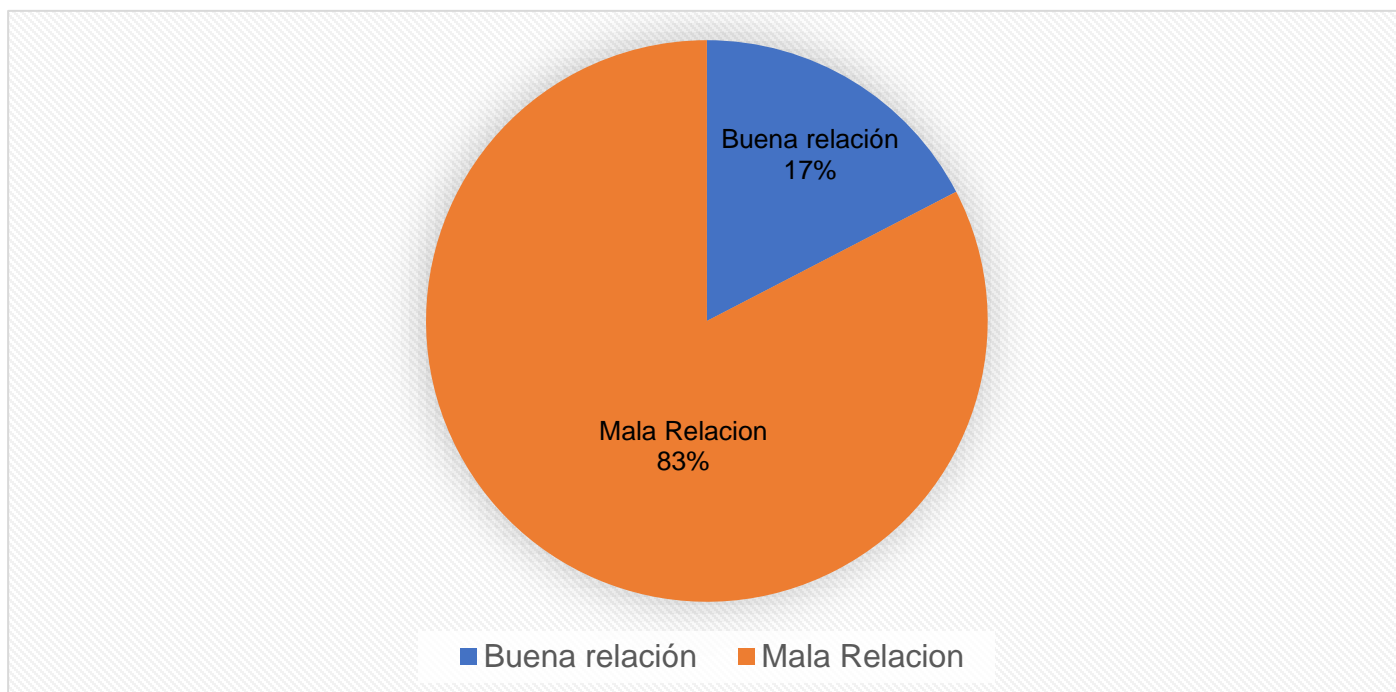
**Tabla 4**

Relación médico-paciente	
Totalmente en desacuerdo	4
En desacuerdo	1
Levemente en desacuerdo	4
Levemente de acuerdo	0
De acuerdo	0
Totalmente de acuerdo	0

**Gráfica 4**



**Gráfica 4.** Como se puede observar, con base en las respuestas a las preguntas sobre la relación médico-paciente, la mayoría de los pacientes respondieron que están *LEVEMENTE Y TOTALMENTE EN DESACUERDO* respecto a la relación que tienen con su médico por lo que hay una mala relación médico-paciente.



Gráfica 4. Porcentaje de pacientes con Enfermedad Renal Crónica de acuerdo a la relación Médico-Paciente.

En la gráfica número 4 se muestra que de acuerdo a la valoración en las respuestas del cuestionario que valora la relación médico-paciente, del total de los 138 encuestados, se observó que 24 (17%) de los pacientes, tiene una buena relación médico-paciente y 114 (83%) tiene una mala relación médico-paciente.

**Tabla 4**

Relación Medico Paciente	No. de pacientes	Porcentaje
Buena Relación	24	17
Mala Relación	114	83
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

Cuestionario ARMS-e para valorar la adherencia terapéutica. A mayor puntaje, menor adherencia y a menor puntaje, mayor adherencia. Se calificaron las siguientes respuestas de cada ítem:

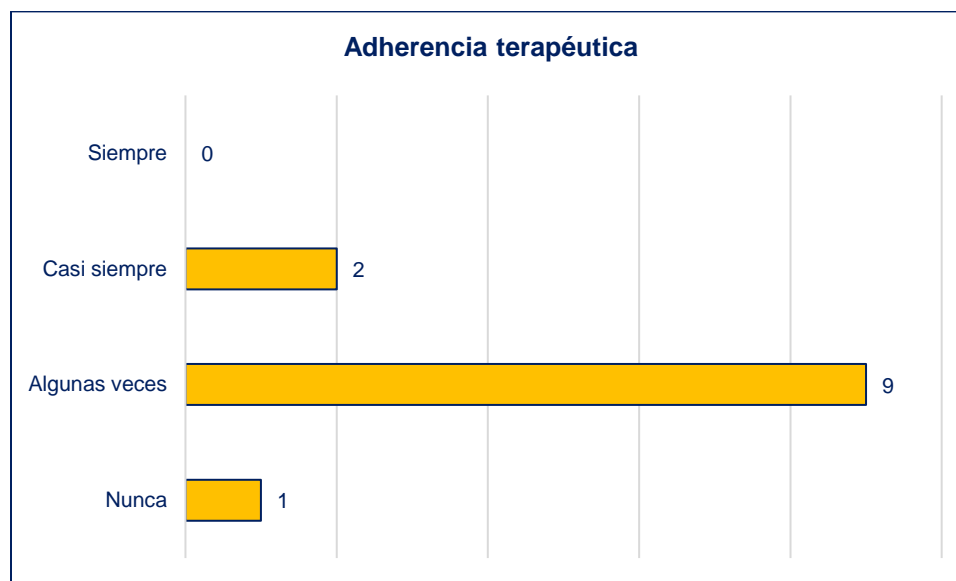
- 1: Nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre

## RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO ARMS-e

**Tabla 5**

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	
Nunca	1
Algunas veces	9
Casi siempre	2
Siempre	0

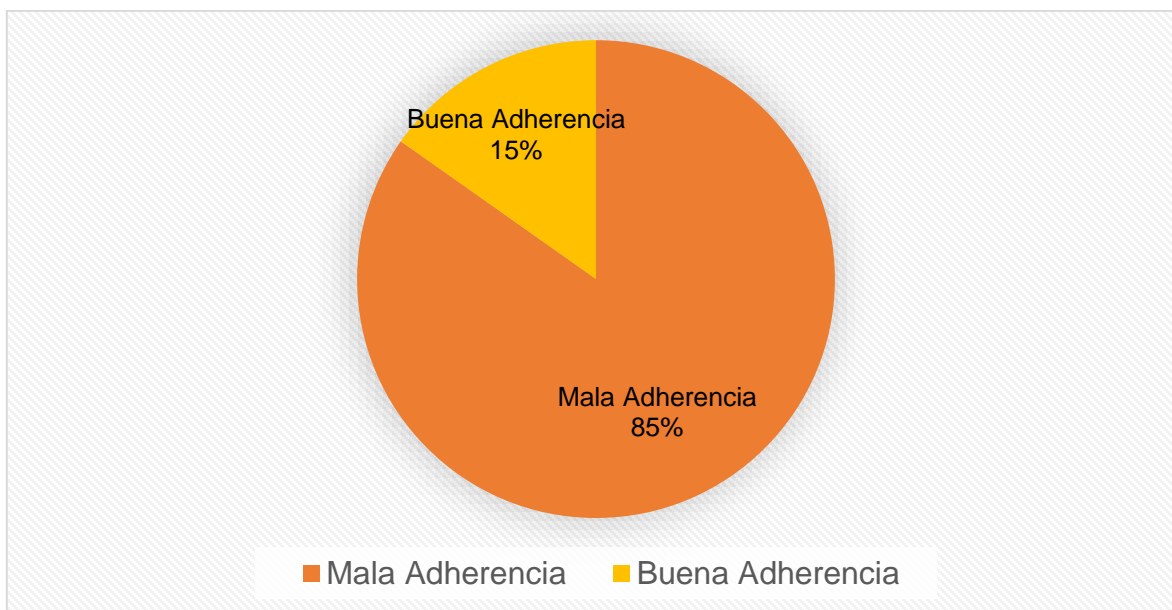
**Gráfica 5**



**Gráfica 5.** Como se puede observar, con base en las respuestas a las preguntas sobre la adherencia terapéutica, la mayoría de los pacientes respondió que *ALGUNAS VECES* olvidan tomar sus medicamentos por lo que no tienen una buena adherencia terapéutica.



En la gráfica número 6, se plasma el grado de adherencia terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, de la muestra de 138 participantes, de acuerdo a las respuestas del cuestionario que valora la adherencia terapéutica, se observa que 21 (15%) pacientes, tienen una buena adherencia terapéutica y 117 (85%) tienen una mala adherencia terapéutica.

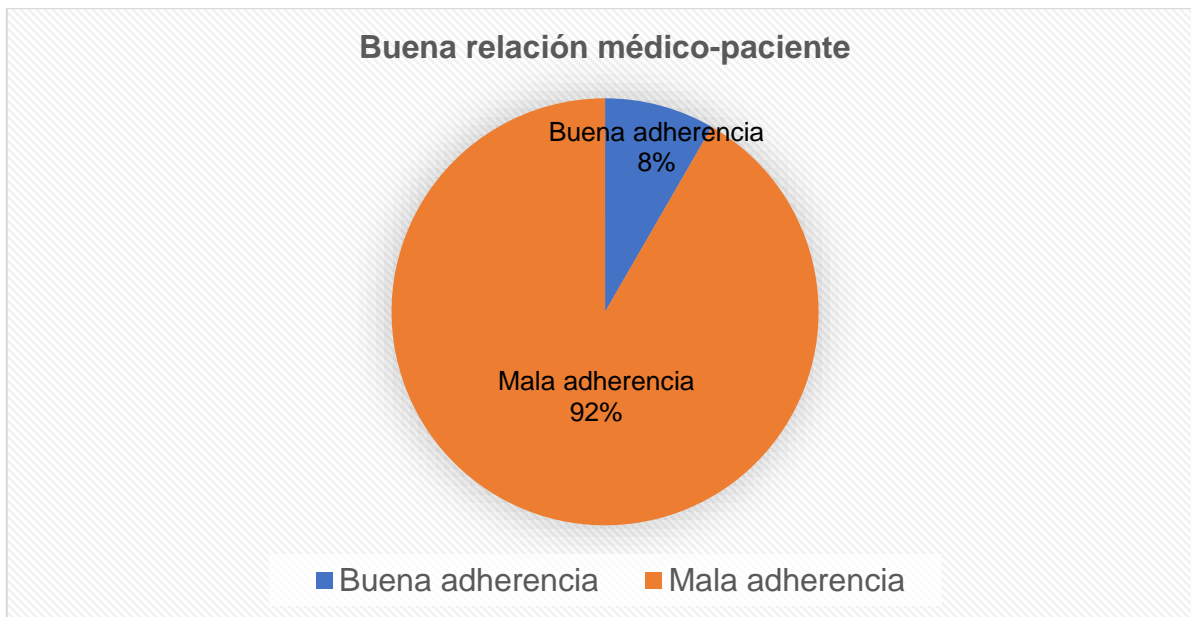


Gráfica 6. Porcentaje de pacientes con Enfermedad Renal Crónica de acuerdo al grado de adherencia terapéutica.

**Tabla 6**

<b>Adherencia terapéutica</b>	<b>No. de pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena Adherencia	21	15
Mala Adherencia	117	85
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

En la gráfica número 7, se realizó un comparativo entre la relación médico paciente y la adherencia terapéutica donde se observó que de las 24 personas que tienen una buena relación médico-paciente, solo 2 (8%) tuvieron una buena adherencia terapéutica y 22 (92%) una mala adherencia terapéutica.

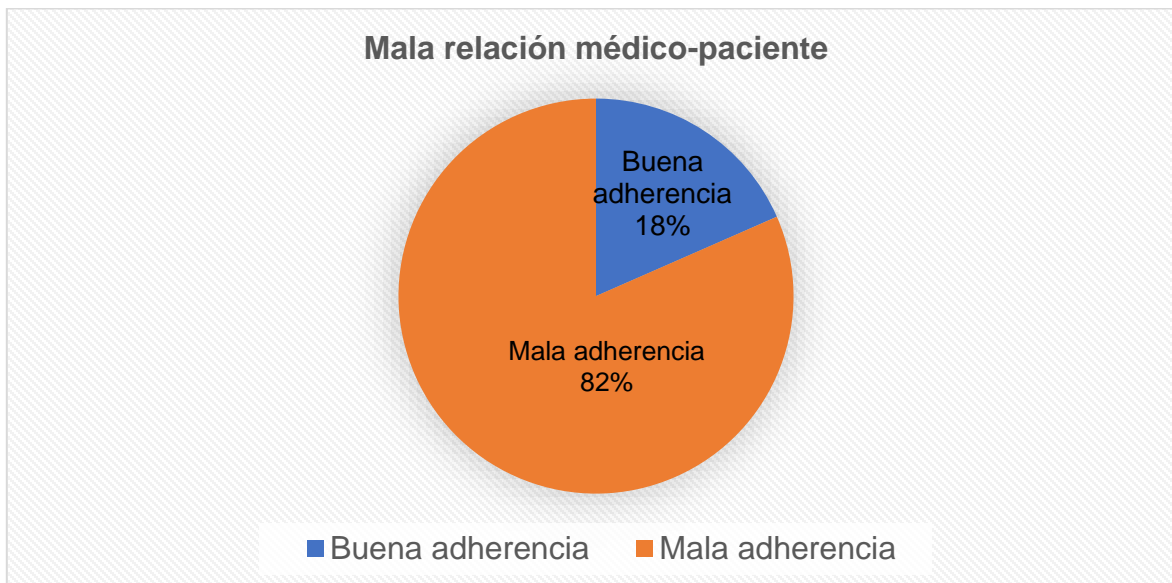


Gráfica 25. Porcentaje de pacientes con una buena relación médico-paciente respecto al grado de adherencia terapéutica.

**Tabla 7**

Buena relación médico-paciente	Porcentaje	
Buena adherencia	2	8
Mala adherencia	22	92
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

En la gráfica número 8 se expone que de las 114 personas que tienen una mala relación médico-paciente, 21 (18%) tuvieron una buena adherencia terapéutica y 93 (82%) una mala adherencia terapéutica.



Gráfica 8. Porcentaje de pacientes con una mala relación médico-paciente respecto al grado de adherencia terapéutica.

**Tabla 8.**

Mala relación médico-paciente		Porcentaje
Buena adherencia	21	18
Mala adherencia	93	82
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

## DISCUSIÓN

En nuestro país se estima que el 50% de los pacientes crónicos no son adherentes a los tratamientos prescritos, lo que puede provocar un importante problema de salud pública. La falta de adherencia se ha asociado a una disminución de la calidad y de la esperanza de vida, lo que puede dar como resultado un mal control de la enfermedad e incrementar sus complicaciones, lo que puede repercutir en un aumento de las consultas, hospitalizaciones y pruebas complementarias, con el consiguiente incremento del gasto sanitario.

La falta de cumplimiento terapéutico constituye un problema sanitario de primer orden que afecta directamente a los pacientes, independientemente de su edad y de su situación clínica. La no adherencia reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis de medicamentos más altas y, en algunos casos, la prescripción de medicamentos que no son necesarios, por lo que la OMS recomienda poder hacer uso de algunas escalas, sin embargo, asegura que no existe un “patrón de oro” para medir la adherencia y que, aunque se han aplicado variedad de estrategias, “todas tienen inconvenientes para evaluar los comportamientos de adherencia terapéutica”. “Un enfoque multi-métodos constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica”.

La OMS refiere que las razones relacionadas con el profesional sanitario como la falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico. La relación establecida entre profesionales y pacientes en el proceso de la adherencia al tratamiento pudiera contribuir en mayor medida a la misma.

De acuerdo a un estudio realizado por Silvana D’Anello Koch, Yariani Barreat, Gregorio Escalante, Ana K D’Orazio y Alimar Benitez, donde participaron 141 pacientes adultos y sus respectivos 37 médicos tratantes (N=178). En promedio, se escogieron tres o cuatro pacientes por médico. La distribución por enfermedad fue: 30 diabéticos, 49 con trastornos cardiovasculares, 18 con cáncer, 32 con padecimientos respiratorios y 12 con trastornos gastro-intestinales. La edad promedio fue de 38 años y el 62% eran del sexo femenino. Todos tenían al menos dos meses de tratamiento.

Las escalas utilizadas para medir las variables del estudio fueron: *Escala RELPA*. Diseñada por D’Anello (2000) para medir la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente. Consta de 19 ítems en formato tipo Likert de 6 puntos (1= Nunca; 6= Siempre). Evalúa aspectos tales como: estilo de comunicación, apoyo afectivo, tiempo invertido en la consulta y claridad en las instrucciones. La confiabilidad determinada por el método alfa de Cronbach es de .80. Como indicador de validez la escala presenta una asociación positiva con una medida de satisfacción del paciente. Como era de esperarse, la satisfacción del paciente (SATI) con la atención médica presenta una correlación de .43 con la relación

médico-paciente percibida por el paciente RELPA. La confiabilidad de la escala es de .75

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

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

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

En relación con nuestro estudio y los resultados obtenidos comparándolos con los estudios que se han realizado previamente y que se acaban de comentar, observamos que hay similitud entre ellos ya que respecto a la relación médico-paciente, se observó que, de una muestra de 138 pacientes, solo el 17% (24 pacientes), refiere tener una buena relación con su médico tratante respecto al 83% (114) de pacientes que refirieron tener una mala relación con su médico.

Respecto a la adherencia terapéutica, de los 138 pacientes encuestados, solo el 15% (21 pacientes), mostró tener una buena adherencia terapéutica respecto al 85% (117 pacientes), que refirió tener una mala adherencia terapéutica.

Por otro lado, de los 24 pacientes con una buena relación médico-paciente, solo 2 pacientes (8%), tuvieron una buena adherencia terapéutica y 22 pacientes (92%), una mala adherencia terapéutica. De los 114 pacientes con una mala relación médico-paciente, 21 pacientes (18%), tuvieron una buena adherencia terapéutica respecto a los 93 pacientes (82%) que tuvieron una mala adherencia terapéutica, lo que nos arroja que una pobre relación médico paciente, ocasiona mayor

predisposición para que los pacientes no tomen la medicación ya sea debido a que no les agradó la actitud del médico durante la consulta, o que las indicaciones para tomar sus fármacos no fueron claras o sintieron que el médico no fue muy consciente de la condición de su estado de salud, por lo que se puede determinar que la adherencia al tratamiento es el resultado de la relación personal con el médico.

Un requisito importante para una relación terapéutica sea exitosa, es la capacidad del médico para entender la situación del paciente, su perspectiva y sentimientos, para comunicar esa comprensión y comprobar su exactitud y actuar en ese entendimiento con el paciente en una terapéutica asertiva, así como la sensibilidad del médico para entender las preocupaciones del paciente, en pocas palabras: mostrar empatía. Es así que la esencia de la relación médico paciente se define en gran parte por la empatía del profesional de la salud hacia el enfermo.

## **CONCLUSIONES**

Al finalizar la realización de esta investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

- ✓ El 59% de los pacientes encuestados, eran del sexo masculino y el 41% del sexo femenino.
- ✓ Respecto a la ocupación, los empleados representaron un 34%, seguido de los obreros en un 25%.
- ✓ El rango de edad que predominó fue de 46 a 50 años de edad en un 22% seguido de 51 a 60 años de edad con un 20%.
- ✓ De acuerdo a la relación médico paciente se obtuvo que de los 138 encuestados, 24 (17%) de los pacientes, tuvieron una buena relación médico-paciente y 114 (83%) una mala relación médico-paciente.
- ✓ Respecto a la adherencia terapéutica se observó que, de los 138 pacientes, 21 (15%) tuvieron una buena adherencia terapéutica y 117 (85%) una mala adherencia terapéutica.
- ✓ De las 24 personas que tuvieron una buena relación médico-paciente, solo 2 (8%) tuvieron una buena adherencia terapéutica y 22 (92%) una mala adherencia terapéutica.

- ✓ Y finalmente de las 114 personas que tuvieron una mala relación médico-paciente, 21 (18%) tuvieron una buena adherencia terapéutica y 93 (82%) una mala adherencia terapéutica.

## **IMPACTO**

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema prevalente, con consecuencias clínicas y económicas muy significativas, especialmente en los pacientes con enfermedades crónicas, siendo en su mayoría evitables.

También hay que tener en cuenta relevantes cambios demográficos, como el incremento de la esperanza de vida o la disminución de la natalidad. México ocupa el cuarto puesto en longevidad de los 182 países considerados subdesarrollados y el séptimo mundialmente, si se considera la totalidad de países estudiados. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la esperanza de vida media en hombres es de 80 años y de 85,6 en las mujeres; según las proyecciones y estimaciones de futuro, se espera que estas cifras aumenten en el año 2063 hasta los 90,9 y 94,3 años, respectivamente. Además, la población envejecida supone el 17,2% de la población total en nuestro país y un 5,1% tiene más de 80 años, cifra que se espera que se duplique en 40 años.

El envejecimiento poblacional suele ir acompañado de un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas o de larga duración que precisan de un control adecuado y cercano por parte del paciente y de los profesionales sanitarios.

En atención primaria, hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas y, de éstos, el 94% están polimedicados, por lo que es fundamental que se siga una adecuada estrategia de adherencia terapéutica, para asegurar el control de la enfermedad. Desde el punto de vista de los recursos sanitarios, los pacientes con patologías crónicas suponen el 80% de las consultas en los centros de atención primaria y representan el 60% de las estancias hospitalarias, sobre todo en ingresos no programados.

En este marco, la sostenibilidad de los sistemas sanitarios precisa una reorientación hacia las necesidades de los pacientes crónicos, garantizando una atención integral, coordinada y continua. Para ello, es necesaria la colaboración de los profesionales sanitarios y de los pacientes, y su implicación en el uso adecuado y responsable de los recursos disponibles, en un escenario donde la adherencia tendrá cada vez mayor relevancia y donde el empoderamiento del paciente representa el eje central para la transición hacia un nuevo modelo asistencial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Baños Jiménez JP, Baquero Úbeda JL, Bátiz Cantera J, Borrell i Carrió F, Callizo Silvestres A. Manual de la relación médico-paciente. En. España: Foro de la profesión médica de España; 2019. p. 35-38.
2. Forgone Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. MEDVIS. 2015; 28(1).
3. D'Anello. Relación médico-paciente y adherencia a tratamiento. MEDULA. 2015; 18(1).
4. Ruíz Lurdury A, Torres Torres LI, Velandia Novoa KL. Relación Médico Paciente y adherencia al tratamiento. Ciencia y Humanismo en la Salud. 2017; 4(1).
5. Barrantes Monge M, Rodríguez E, Lama A. Relación Médico-Paciente: derechos del adulto. NIH PUBLIC ACCESS. 2010; 15(2).
6. Hernández I, Sarmiento N, González I, Galarza S. Adherencia al tratamiento en los pacientes de la consulta externa. Rev Metro Ciencia. 2018; 26(1).
7. Reyes Flores E, Trejo Álvarez R, Arguijo Abrego S, Jiménez Gómez A, Castillo Castro A, Hernández Silva A, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. REV MED HONDUR. 2016; 84(3).
8. Buitrago F. Adherencia terapéutica ¡qué difícil es cumplir! Aten primaria. 2011; 47(3).
9. Guinarte Arias Y. La adherencia terapéutica. Rev Cubana MEDGEN INTEGR. 2011; 17(5).
10. Vargas Negrín F. Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. REV OSTEOPOROS METAB MINER. 2014; 6(1).
11. Martínez Domínguez GI, Martínez Sánchez LM, Lopera Valle JS, Vargas Grisales N. La importancia de la adherencia terapéutica. REVISTA VENEZOLANA DE ENDOCRINOLOGIA Y METABOLISMO. 2016; 14(2).
12. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda A, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica grupo Angeles. 2018; 16(3).
13. Alvarado L. Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. REV MED CHILENA. 2016; 144(1).
14. Villalba Arias J, Almirón Santacruz J, Torales J. Comportamiento de la conducta del paciente con Diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. MED CLIN SOC. 2021; 5(2).
15. Méndez Durán A, Méndez Bueno JF, Tapia Yáñez T, Muñoz Montes A, Aguilar Sánchez L. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. Dial Traspl. 2010; 31(1).



16. Gómez Carracedo A, Arias Muñada E, Jiménez Rojas C. Insuficiencia Renal Crónica. En Gómez Carracedo A, Arias Muñana E, Jiménez Rojas C. Tratado de Geriatria para residentes. España; 2015. p. 637-646.
17. Soria Trujano R, Vega Valero Z, Nava Quiróz C, Saavedra Vázquez K. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. LIBERABIT. 2016; 17(2).
18. Cofreces P, Ofman SD, Stefani D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica. REVISTA DE COMUNICACION Y SALUD. 2014; 4.
19. Lorenzo Sellarés V. Enfermedad Renal Crónica. En Lorenzo Sellarés V. Nefrología al día.; 2022. p. 335-352.
20. Espinosa Cuevas MDIÁ. Enfermedad Renal. Gac Med. 2016; 152(1).
21. Venado Estrada A, Moreno López JA, Rodríguez Alvarado M, López Cervantes M. Insuficiencia Renal Crónica. En Venado Estrada A, Moreno López JA, Rodríguez Alvarado M, López Cervantes M. Unidad de Proyectos Especiales.; 2015. p. 1-31.
22. García Maset R, Segura de la Morena J, Cebollada del Hoyo J, Escalada San Martín J. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la ERC. Revista dela sociedad Española de Nefrología. 2022; 42(3).
23. Rosas S. Enfermedad Renal Crónica. American Kidney Fund. 2016; 1.

# ANEXOS

## Cronograma de actividades



Instituto Mexicano del Seguro Social  
 Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
 Región Estado de México Poniente  
 Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
 Coordinación de Planeación y Enlace Institucional  
 Coordinación de Educación e Investigación en Salud  
 Unidad de Medicina Familiar No. 58 "Las Margaritas"

Tlalnepantla, Estado de México a 08 de mayo del 2023

**Asunto:** Cronograma de Actividades y Carta Compromiso de envío de informes técnicos  
**Título de la Investigación:** *Asociación entre la relación médico paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58.*

ACTIVIDADES	2023											
	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MZO	ABR	MAY
DELIMITACION DEL TEMA								XX	XX			
ELABORACION DEL PROTOCOLO										XX	XX	
ENVÍO ANTE SIRELCIS PARA SU AUTORIZACIÓN												X
RECOLECCION DE INFORMACION	X											X
ENVÍO DE INFORMES TÉCNICOS		X	X									
ANALISIS DE RESULTADOS				X	X							
PUBLICACION DE RESULTADOS						X						
INFORME TECNICO DE CIERRE							X					

Planeado	X
Realizado	XX

“El investigador responsable se obliga a presentar en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) los Informes de Seguimiento Técnico semestrales tomando en cuenta la fecha de aprobación y obtención de registro y que una vez que el estudio haya sido terminado presentará el Informe de Seguimiento Técnico final, así como los informes extraordinarios que se le requieran sobre el avance del protocolo hasta la terminación o cancelación de este.

Atentamente

Dr. César Carlos López García

Investigador responsable





Naucalpan, Estado de México 08 de mayo del 2023

Unidad de Medicina Familia No. 58 "Las Margaritas"

Nombre del Investigador Principal: **López García César Carlos**

**Asunto:** Carta de No inconveniente para la realización de Protocolo de Investigación

Por medio de la presente, me permito informar que **No existe inconveniente** alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado y aprobado por el comité Local de Investigación en Salud y el comité de ética en Investigación que le correspondan.

**Título de la Investigación**

***"Asociación entre la relación médico paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58"***

**Investigación Vinculada a Tesis.**

Si

**Alumno (s): Hernández López Angela María**  
Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío un cordial Saludo

Atentamente  
  
Dra. Dulce María Juárez Andrade  
Directora de la UMF 58

**Ccp. Investigador Principal: Dr. César Carlos López García**

**Ccp., Dra. María del Carmen Hernández Vargas. CCEIS**

Ccp. Archivo



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>Asociación entre la relación médico paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58</b>
Investigador principal	Dr. López García César Carlos, Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e investigación en Salud
Investigador asociado o tesista	Hernández López Angela María Residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No.58, Tlalnepantla de Baz, Estado de México a 08 de mayo del 2023
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	El propósito de este estudio es determinar la asociación que hay entre la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58 ya que de este modo podremos determinar si el paciente recibe las indicaciones por parte de su médico de forma clara y precisa para que pueda llevarlas a cabo correctamente y de este modo ayudarlo a mejorar su estado de salud y que comprenda de mejor manera el tratamiento que le ha sido indicado.
Procedimientos:	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Previo consentimiento, se procederá a la aplicación del Cuestionario ARMS-e que valora la adherencia terapéutica de pacientes con enfermedades crónicas.</li><li>❖ Se realizará también el cuestionario CREM-P</li></ul>
Posibles riesgos y molestias:	El estudio implica un riesgo mínimo, las probables molestias que se pudieran originar en los participantes podría ser la incomodidad al contestar ciertas preguntas o tal vez la falta de tiempo para poder contestar tranquilamente cada una de ellas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, los beneficios de este estudio es que se brindará información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La publicación de los resultados se realizará respetando completamente el anonimato de los participantes. Los resultados serán expuestos mediante representaciones gráficas y los de mayor importancia se darán a conocer al personal de salud. En caso de detectarse alguna alteración se informará y referirá con médico tratante o correspondiente.
Participación o retiro:	Su participación es completamente VOLUNTARIA, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información proporcionada que pudiera ser utilizada para identificar al paciente será guardada de manera confidencial, al igual que la información recabada en el instrumento de recolección de datos, así como también los resultados de los mismos para salvaguardar su información y garantizar su privacidad. La información que nos brinde es estrictamente confidencial, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.
En caso de colección de material biológico:	No aplica
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Recibir la información resultante acerca de la asociación entre el nivel de confianza en la relación médico-paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58.

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

Investigador Responsable: Dr. López García César Carlos, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No.51 Santa Mónica, de lunes a viernes de 8:00hrs a 15:00hrs  
Correo electrónico: [cesar.lopezga@imss.gob.mx](mailto:cesar.lopezga@imss.gob.mx)  
Tel: 5553612121 ext 114

Colaboradores: Dra. Hernández López Angela María, Residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No.58 Las margaritas, de lunes a viernes de 07:00hrs a 19:00hrs  
Correo electrónico: [angelukiss@gmail.com](mailto:angelukiss@gmail.com)  
Teléfono: 5573999140

En caso de dudas o aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, garantizando una respuesta, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 1503-8, Hospital General de Zona número 58 del IMSS: Calle Boulevard Manuel Ávila Camacho sin número, fraccionamiento Las Margaritas, Colonia Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, C.P. 54050 Teléfono: (55) 53-97-45-15 Extensión 52315, de Lunes a Viernes , en un horario de 07:00hrs a 19:00hrs, Correo Electrónico: [comité.etica15038@gmail.com](mailto:comité.etica15038@gmail.com)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Mi firma como testigo certifica que el participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria.

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que el participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**

## INSTRUMENTOS

### *Asociación entre la relación médico paciente y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58*

#### Cuestionario: ARMs-e

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Responda con una "X" su respuesta a las siguientes preguntas

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Con qué frecuencia olvida tomar sus medicamentos?				
2. Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?				
3. Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?				
4. Con qué frecuencia se queda sin medicinas?				
5. Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?				
6. Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?				
7. Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?				
8. Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?				
9. Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades?				
10. Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?				
11. Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?				
12. Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?				

**Asociación entre la relación médico paciente y la adherencia terapéutica en  
pacientes con enfermedad renal crónica de la UMF 58**

**Cuestionario: CREM-P**

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Responda con una "X" su respuesta a las siguientes preguntas

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Levemente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi médico me ayuda?						
2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mí?						
3. Creo en mi médico?						
4. Mi médico me entiende?						
5. Mi médico se dedica a ayudarme?						
6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas?						
7. Puedo hablar con mi médico?						
8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico?						
9. Siento a mi médico fácilmente accesible?						