

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“RELACION MÉDICO PACIENTE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN  
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DE LA UMF No.220,  
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 TOLUCA, EDO. DE MÉXICO.**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**M.C. RUBÉN ARROYO ZAMORA**

**DIRECTOR DE TESIS**

**E. EN M.F. MARÍA EMILIANA AVÍLES SÁNCHEZ**

**REVISORES DE TESIS**

**DRA. EN H. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ**

**M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTES**

**E. EN M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2014**

**“RELACION MÉDICO PACIENTE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN  
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DE LA UMF No.220,  
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO”**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios** padre por darme la oportunidad de estar en este mundo y ponerme en esta familia maravillosa que tengo. Gracias por bendecirme en todos los momentos difíciles de mi vida.

**A mis padres**, por ser un ejemplo de amor, perseverancia, unión y por brindarme siempre su apoyo en todo momento, estoy orgulloso de ustedes y agradezco infinitamente todo lo que han hecho por mí, me siento honrado de ser su hijo, gracias por educarme en el camino del amor y de lucha incansable, los amo.

**A mis hermanos Emmanuel, Layo y Gabriel**, por ser ejemplo de unidad y poder contar con ellos en todo momento de forma incondicional, por motivarme a triunfar día a día y por ser un ejemplo a seguir.

**A mis padrinos Rubén y Reyna** por acompañarme en este largo caminar día a día, sé que siempre estoy en sus oraciones y agradezco todo su apoyo, los quiero mucho y saben que son como mis padres.

**A la familia Ruíz Bonilla. Valente Ruiz, Francisca Bonilla, Ricardo y confi**, por aceptarme en su hogar y hacerme participe de esa hermosa familia, entenderme y brindarme apoyo en todo momento, muchas gracias.

**A mis coordinadoras de la Especialidad Dra. Juanita y Dra. Emiliana**, muchas gracias por guiarnos durante la residencia, y por toda la paciencia que tuvieron con nosotros durante estos 3 años. Que dios las Bendiga y les siga dando fuerzas para continuar formando especialistas.

**Por ultimo agradezco infinitamente a mi Esposa Alejandra**, Te Amo con todo mi corazón y eres mi ejemplo a seguir en el arte de la Medicina Familiar, no tengo palabras que expresen lo agradecido que estoy contigo, por apoyarme siempre, cuidarme, entenderme, soportarme, por aceptar compartir tu vida a mi lado y sobre todo por darme el mejor regalo que la vida nos puede dar: nuestra niña Karol Denisse, a ti mi hermosa niña muchas gracias porque has llenado de alegría nuestras vidas, gracias por estar estudiando conmigo a la 1:00am durante la realización de esta tesis, pese al año 10 meses que tienes (dormir no, pinto si)..

## ÍNDICE

Pág.	
I. MARCO TEÓRICO.....	1
I.1 Relación Médico-paciente.....	1
I.2 Adherencia al tratamiento.....	2
I.2.1 Dimensiones de la adherencia.....	3
I.3 Depresión.....	5
I.3.1 Definición.....	5
I.3.2 Etiología.....	6
I.3.3 Panorama epidemiológico.....	7
I.3.4 Diagnóstico.....	8
I.3.5 Tratamiento.....	10
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
II.1 Argumentación.....	11
II.2 Pregunta de Investigación.....	11
III. JUSTIFICACIÓN.....	12
III.1 Académica.....	12
III.2 Social.....	12
III.3 Epidemiológica.....	12
III.4 Familiar.....	12
IV. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	13
IV.2.1 Variable dependiente.....	13
IV.2.2 Variable independiente.....	13
V. OBJETIVOS.....	14
V.1 General.....	14
V.2. Específicos.....	14
VI. MÉTODO.....	15
VI.1 Tipo de estudio.....	15
VI.2. Diseño del estudio.....	15
VI.3 Operacionalización de variables.....	16
VI.4 Universo de Trabajo.....	17
VI.4.1 Criterios de inclusión.....	18
VI.4.2 Criterios de exclusión.....	18
VI.4.3 Criterios de eliminación.....	18
VI.5. Instrumento de Investigación.....	19
VI.7 Desarrollo del proyecto.....	21
VI.8 Límite de espacio.....	21
VI.9 Límite de tiempo.....	21
VI.10 Diseño de análisis.....	21
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	22
VIII. RESULTADOS.....	23

<b>IX. CUADROS Y GRÁFICOS.....</b>	<b>25</b>
<b>X. DISCUSIÓN.....</b>	<b>32</b>
<b>XI. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>33</b>
<b>XII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>34</b>
<b>XIII. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>35</b>
<b>XIV. ANEXOS.....</b>	<b>37</b>

## I. MARCO TEÓRICO

### I.1 RELACIÓN MEDICO PACIENTE

Los griegos denominaron al vínculo médico-paciente "*philia*", amistad. "El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad", dice Platón, quien define a la medicina como "la ciencia de las cosas pertinentes al amor al cuerpo" y en los Preceptos Hipocráticos se lee "Donde hay *philanthropie* (amor al hombre) hay también *philotekhnie* (amor al arte de curar)".<sup>1</sup>

Definimos a la relación médico paciente como la interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. La relación médico-paciente es un vínculo interpersonal, entre el paciente: "*que padece*" y el médico (*de: "mederi"*): "*que cuida, remedia*". Conlleva un compromiso mutuo dado por una necesidad absoluta o relativa de vínculo.<sup>2</sup>

La práctica médica, desde sus orígenes, ha estado muy estrechamente vinculada a la necesidad de comunicación entre el médico y el enfermo, así como el desarrollo ulterior de habilidades clínicas, las que mediante el empleo del método clínico nos aproxima al diagnóstico.

La única herramienta posible para demostrar este aforismo es la relación médico-paciente y el método clínico bien aplicado (entrevista, observación, palpación, percusión, auscultación). Por sofisticadas que sean las tecnologías de la salud, siempre tendrán un carácter complementario y de apoyo.<sup>3</sup>

Desafortunadamente en ocasiones a los problemas de carácter psíquico se le da poca importancia, por lo que la actitud de los médicos frente a estos pacientes se manifiesta con frecuencia de dos maneras: por una parte, se subvalora a los enfermos que presentan estas alteraciones, se atienden únicamente a los problemas orgánicos.

Por otra parte hay médicos que cuando no encuentran un adecuado diagnóstico, le plantean a los pacientes que lo que tienen es psíquico, lo remiten al psiquiatra sin dar seguimiento al caso.

Todas estas situaciones que enfrenta el paciente con depresión, limitan la relación médico-paciente, siendo ellos los sujetos que requieren un mayor cuidado por las características de su problema de salud.

Este es un paciente especial con el cual hay que tener cuidado, no solo en la administración de medicamentos, estos hacen falta, pero es preciso combinarlos con la palabra pues ellos saben cuándo están frente a un atento para escucharlos.

Es por eso que la relación médico- paciente influye en el curso de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento con la consecuente eficacia del mismo.<sup>4</sup>

La medicina científica ha desarrollado el conocimiento de la enfermedad pero ha descuidado el desarrollo de una relación médico-paciente que valore y comprenda al enfermo como persona en su singularidad y con su sistema de creencias.<sup>5</sup>

## **I.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

El concepto de adherencia o adhesión al tratamiento ha sido definido por Epstein y Cluss (1982), como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre la salud o prescripciones que ha recibido. Un concepto semejante es el de Meichenbaun y Turk (1987) que contempla la adherencia desde un papel más activo respecto al concepto anterior, enfatizando a la participación y colaboración voluntaria por parte de la persona enferma.<sup>6</sup>

Está definida como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas en una comunidad determinada. Definida también como el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológica-conductual.

La mayoría de las veces se ignora el aspecto psicosocial relacionado con la enfermedad, factor que pone en evidencia un abordaje incompleto del padecimiento, debido a las creencias, actitudes y la falta de predisposición, que representan un problema para el tratamiento de la enfermedad. Para la persona con depresión, la enfermedad obliga a modificar hábitos y costumbres arraigados durante toda la vida y a cambiar gustos y prioridades en aspectos de difícil control.

Definimos a la adherencia al tratamiento como un proceso de cuidado activo y responsable en el que el paciente con depresión trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con su médico.

Existen numerosos factores que afectan a la adherencia al tratamiento a nivel individual, incluyendo el estilo de vida, problemas psicológicos, la alfabetización y conocimientos en salud, los sistemas de apoyo, y el conocimiento de los efectos de los medicamentos.<sup>7</sup>

Diferentes estudios proponen diferentes variables las cuales son responsables de la adherencia al tratamiento:

Conflictos psicosociales: Mitos, prejuicios, hábitos y actitudes.

Capacidad del paciente: Para la vigilancia y responsabilidad, ante los cambios ocasionados por la enfermedad.<sup>8</sup>

### **I.2.1 DIMENSIONES DE LA ADHERENCIA**

Las dimensiones que nos permiten definir el fenómeno de la adherencia, están constituidas de la siguiente manera: Dimensión dependiente del paciente, dependiente de las relaciones interpersonales entre paciente y personal de salud y dependientes del tratamiento que recibe el paciente con depresión.

a) Dependientes del paciente

Se refiere a que es el paciente quien decidirá aceptar y/o cumplir con el tratamiento establecido, considerando que existe influencia del nivel socio-económico, cultural, estadio de la enfermedad, así como las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial.

b) Relación Paciente-Personal de Salud

La relación terapéutica paciente y personal de salud permite establecer la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad, buen trato, entre otros, que son factores que influyen favorablemente en la adherencia al tratamiento; lo que va a permitir que el paciente pueda expresar sus temores, sus dudas, sus dificultades con respecto al tratamiento y el progreso de su enfermedad, de ahí que, tanto el personal de salud como el propio paciente busquen estrategias para solucionar dichos problemas.

c) Características del tratamiento

El tratamiento de la depresión es considerado por muchos autores, como complejo, y difícil de cumplir por el paciente, debido a los cambios en los estilos de vida, en la administración de medicamentos generalmente de forma diaria, en la presencia de reacciones adversas al medicamento entre otros.

Está demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye cuando aumenta el número de fármacos y su frecuencia de administración, la aparición de efectos adversos, la duración prolongada del tratamiento.<sup>9</sup>

El equilibrio en el tratamiento de la depresión es un desafío. Esto se debe no sólo a razones biológicas o conductuales, sino también a que un equilibrio



durable deberá enfocarse en los intentos del paciente y su familia por encontrar un sentido a la enfermedad y al futuro que ellos desean para sí mismos. La no-adherencia al tratamiento es una señal para "restaurar el sentimiento de control, el sentirse respetado, que su palabra es tomada en cuenta; la importancia también de reconocer su ambivalencia: su deseo de sanar tanto como su sensación de desamparo y rabia"<sup>10</sup>

La no-adherencia constituye entonces una señal en el trabajo de cuidado de la salud que los equipos médicos realizan.

Entre las razones que pueden llevar a una falta de adherencia se encuentran las siguientes:

- ◆ El paciente no sabe cómo realizar el tratamiento.
- ◆ No posee los recursos necesarios para llevar a cabo el tratamiento.
- ◆ No cree tener la capacidad para la realización de los mismos.
- ◆ Dudas sobre la efectividad del tratamiento.
- ◆ Exigencias de la terapia demasiado altas comparadas con los beneficios.
- ◆ Consecuencias agresivas inmediatas (dolor, mareo, etc.) del tratamiento.
- ◆ Y por último, la relación paciente-terapeuta-familia y problemas de comunicación.<sup>11</sup>

Específicamente la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión, se debe principalmente a que muchos de ellos se les dificulta cambiar el estilo de vida que llevaban antes del diagnóstico de la enfermedad, así como lograr los cambios exigidos en los hábitos o rutinas cotidianas gratificantes ya establecidas.

Otra dificultad para el mantenimiento de conductas de adherencia en la depresión, es el estado asintomático que el individuo confunde con un estado saludable que tiene repercusiones en su organismo que a largo plazo puede llevar a complicaciones de la enfermedad.

Otras barreras para la adherencia al tratamiento están en la ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento y en el carácter punitivo inmediato que tiene el seguimiento correcto del tratamiento para el paciente. Las consecuencias de la falta de adherencia son evidentes: reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis más altas y en algunos casos a la prescripción de medicamentos.<sup>12</sup>

## **I.3 DEPRESIÓN**

Desde épocas antiguas se hacía mención a un estado de locura delirante con ánimo exaltado. Fue Areteo de Capadocia (siglo I d. C.) el que hizo la conexión entre la melancolía y la manía. Galeno un siglo más tarde, refiere los síntomas depresivos con la afectación del cerebro por el humor negro.

Durante el Renacimiento, Paracelso se aparta de la teoría hipocrática y galena de los humores y como causa de la melancolía recurre a factores anímicos. Es en esta época en la que hay evidencias de ser una de las etapas más marcadas por la melancolía o depresión. Jacques Dubois, médico francés, describe esta enfermedad y recomienda las siguientes terapias: mejora del aire, contacto con la naturaleza y esparcir en los aposentos rosas, violetas y nenúfares. Se habla ya, en algunos de estos textos, del riesgo del suicidio si se sufre de este padecimiento<sup>13</sup>.

Francisco Vallés, del mismo siglo, señala que las causas ambientales también influyen en la depresión. En el siglo XVIII, un médico de origen árabe, Rufat realiza varias tesis doctorales en España, en las cuales describe la enfermedad de Fernando VI como: manía melancolía. Fernando VI pasaba temporadas muy activo, con verborrea, sin parar de hablar, con una gran fuerza, y otras temporadas durante las que se metía en la cama. Rufat describió dicha enfermedad, que sabemos se llamó posteriormente como maniaco depresiva y que, en la actualidad conocemos como depresión bipolar.<sup>14</sup>

Se van dando grandes cambios en la medicina y la melancolía se va perfilando hacia el término de depresión, el cual es posible encontrarlo en diccionarios médicos desde 1860. En el año de 1899, Kraepelin, describe por primera vez la demencia precoz o la psicosis maniaco depresiva. Paralelamente “Freud, en “Duelo y Melancolía” (1917) sentó las bases de las concepciones psicoanalíticas sobre estos trastornos.” A partir de la tercera revisión que se hizo del DSM los trastornos del estado del ánimo aparecen separadamente de las psicosis y de otros trastornos. Por otra parte en el CIE (1992) aparece el grupo de los trastornos del humor.<sup>15</sup>

### **I.3.1 DEFINICIÓN**

Entendemos por depresión un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios racionales y operativos.

El concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de mal estar e impotencia frente a las exigencias de la vida.

La depresión es el trastorno mental más frecuente e incapacitante, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se manifiesta con síntomas de tristeza profunda, desesperanza, llanto, ansiedad, autoinculpación, insomnio, pérdida de interés, disminución de la vitalidad, pérdida de confianza y de autoestima.<sup>16</sup>

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas.<sup>17</sup>

### **I.3.2 ETIOLOGÍA**

Aunque no se sabe la causa exacta de la depresión, existe un gran avance en las investigaciones sobre los factores implicados. Como la mayoría de los trastornos mentales no hay una sola causa del trastorno depresivo y las teorías más aceptadas proponen modelos multicausales de la enfermedad. En lo que concierne a los factores biológicos, muchos investigadores creen que puede ser causada por desequilibrios químicos en el cerebro, los cuales pueden ser hereditarios o causados por sucesos de la vida de una persona.<sup>18</sup>

El principal neurotransmisor relacionado con la depresión es la serotonina, un neurotransmisor que se encarga de regular diferentes funciones como el ánimo, los impulsos y el apetito.

En niños y adolescentes con trastorno depresivo, al igual que en adultos, se ha detectado hipercortisolemia y no supresión del cortisol en la prueba de dexametasona, aunque los resultados no son concluyentes, pues una prueba negativa no descarta el trastorno. Otras alteraciones han sido encontradas, como una secreción disminuida de la hormona de crecimiento cuando se induce hipoglucemia por la aplicación de insulina, aunque durante el sueño se observa hipersecreción que persiste después de la recuperación de la depresión. Estudios genéticos apuntan que se trata de un trastorno que puede tener un componente hereditario, pues es muy frecuente encontrar antecedentes familiares (padres, hermanos, abuelos, tíos, etc.) en pacientes con trastorno depresivo.<sup>19</sup>

Actualmente existe la evidencia de que una madre deprimida es un factor de riesgo para la aparición y el mantenimiento de síntomas depresivos en los hijos, y tratar a la madre ayuda a mejorar la depresión en el hijo.

Los factores ambientales incluyen el estrés, que en los niños se produce como una reacción a los problemas familiares, como son la agresión de los padres, una disciplina punitiva y discordia entre los padres. Chicos que viven en ambientes con estímulos positivos insuficientes pueden favorecer la presencia de depresión, lo que limita las actividades sociales y por consecuencia disminuye aún más la posibilidad de recibir estímulos positivos. Esto puede generar que los eventos percibidos por el individuo sean interpretados con desesperanza y le refuercen la idea de ser incapaz de enfrentar las demandas de la vida, distorsionando la idea de sí mismo, del mundo y del futuro.<sup>20</sup>

### **I.3.3 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO.**

De acuerdo a estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención.

En el primer nivel de atención la frecuencia de trastornos mentales fue entre 12 y 29%. Destacando la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total.

Al analizar los trastornos individuales, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia).<sup>21</sup>

Una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada entre 2001 y 2002. Se trata de una encuesta con una muestra probabilística y representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad.

De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida; y según señalan Kessler et al., una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años, la encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años.<sup>22</sup>

### I.3.4 DIAGNÓSTICO

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos.

Para hacer el diagnóstico de trastorno depresivo, se pueden usar dos clasificaciones: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales Cuarta Edición Texto Revisado (DSM IV TR), o los Criterios Diagnósticos de Investigación de la Clasificación Internacional de los Trastornos mentales en su 10ª edición, (CIE 10).<sup>23</sup>

Para reportar las enfermedades el sistema de salud en México emplea los códigos de la CIE 10, que son:

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

Los criterios diagnósticos de la CIE 10 mencionan 10 síntomas y contiene criterios distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo.

Un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; 6 de los 10 síntomas el nivel moderado y 8 de 10 el nivel grave. Además la CIE 10 requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para episodios graves.

En general se utilizan los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Cuarta Edición Texto Revisado. (DSM IV TR).

- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés ó de la capacidad para el placer.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.

2. Disminución marcada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
  3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen dietético, o aumento de peso (un cambio de más de 5% del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
  4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
  5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
  6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
  7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada casi cada día.
  8. Disminución de la capacidad para concentrarse o indecisión, casi cada día.
  9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (que existen síntomas de ánimo elevado, autoestima exagerada, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, pensamiento acelerado, agitación motora, etc.).
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad el individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo una droga o un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persiste por más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Existen también en el DSM IV otras especificaciones del episodio depresivo actual, como son:

- Leve.
- Grave sin síntomas psicóticos.
- Grave con síntomas psicóticos.<sup>24</sup>

### **I.3.4 TRATAMIENTO**

Hasta el momento no hay evidencia de que un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina sea mejor que otro, así mismo no hay guías específicas sobre la dosis, se recomienda utilizar dosis bajas del medicamento monitorizando de forma cercana, para incrementar lentamente la dosis según la respuesta al tratamiento y la tolerabilidad.

Además de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, existen otros fármacos que son utilizados en el tratamiento del trastorno depresivo mayor y la distimia, los antidepresivos duales como la venlafaxina y la duloxetina solos o en combinación con los Inhibidores de la recaptura de serotonina. Los antidepresivos tricíclicos han caído en menor uso desde la introducción de los inhibidores específicos de la recaptura de serotonina ya que con los primeros debe vigilarse estrechamente el ritmo cardiaco, por el riesgo de alteraciones eléctricas y que la sobredosificación tiene riesgos médicos mayores.

La familia juega un papel importante en el paciente con depresión, por eso debe siempre evaluarse la funcionalidad familiar y la red de apoyo que representa para el paciente, en caso necesario recomendar la intervención familiar pues de no hacerlo no se observara la mejoría esperada en el paciente.<sup>25</sup>

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **II.1 Argumentación.**

La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México. En el país los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con incapacidad. Forma parte de los cuatro padecimientos más incapacitantes: esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo.

Más de 150 millones de personas en el mundo sufren de depresión en algún momento de su vida. En el año 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para hombres y de 9.5% en mujeres. Se estima que la carga de trastornos mentales aumentara de manera significativa los próximos 20 años según la OMS. Para el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

En el actuar médico, tiene especial importancia la relación espacio-temporal que se da entre dos seres humanos: uno que está capacitado para resolver cierto tipo de problemas de salud, y otro que acude a él esperando aliviar sus dolencias y curar sus males. Hoy día, la relación equipo de salud-usuario se plantea en términos de un paradigma horizontal de decisiones compartidas, para la consecución de los fines de la atención a la salud. Con estos antecedentes, resulta imprescindible la reflexión sobre la ética de los profesionales que participan en el equipo de salud.

La adherencia al tratamiento como un proceso de cuidado activo y responsable en el que el paciente trabaja para mantener su salud, puede verse afectada por diversos factores externos así como el cumplimiento de aquellas actividades terapéuticas requeridas para el control de la enfermedad, esto reviste especial importancia por las dificultades que enfrenta el paciente con depresión para llevar a cabo su tratamiento y lograr el adecuado control. Para los pacientes con depresión, tanto la enfermedad, el tratamiento, la relación médico- paciente, tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, lo cuales se ven afectados cada uno de ellos por diversos factores, la mayoría de las veces se ignora el aspecto psicosocial relacionado con la enfermedad, factor que pone en evidencia un abordaje incompleto del padecimiento.

### **II.2 Pregunta de Investigación.**

¿Cuál es la relación médico- paciente y la adherencia al tratamiento, en pacientes con diagnóstico de depresión de la UMF No. 220 Toluca Estado de México?



## **III.JUSTIFICACIÓN**

### **III.1 Académica.**

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Para el médico de familia la atención al paciente con depresión, implica no solo realizar un diagnóstico y otorgar un tratamiento oportuno, si no conocer los problemas de comunicación que pudieran presentarse en la consulta ya que constituyen una barrera al tratamiento efectivo. El presente estudio se realizó con la finalidad de conocer el tipo relación médico-paciente, la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de depresión, así mismo es un medio para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

### **III.2 Social.**

El trastorno depresivo es una condición mórbida, incluye a población de todos los grupos de edad, género y condición social, genera un alto grado de afectación funcional a quien lo padece, condicionando aislamiento, deteriorando la convivencia en su esfera social, trabajo, amigos, escuela, religión entre otros.

### **III.3 Epidemiológica**

La OMS estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos, en México 4.8% entre la población general de 18 a 65 años la padecen. En el primer nivel de atención la depresión por sí sola representa 36.5% del total de padecimientos psiquiátricos, siendo este un padecimiento tan frecuente, es importante estudiar como médico de familia diversos factores que pueden afectar el curso de la enfermedad y hacer que aumente su aparición o complicaciones. Esto epidemiológicamente tiene gran importancia ya que la disfunción familiar y la mala relación médico-paciente, son factores importantes que pudieran influir en la presencia o empeoramiento de la enfermedad.

### **III.4 Familiar**

Dentro del contexto familiar, la depresión en uno de sus integrantes condiciona disfuncionalidad, alteración en su dinámica y en sus roles, dando lugar a una difícil comunicación e interacción entre ellos y con la sociedad. Por lo que la intervención del médico de familia debe ser de manera integral, con el miembro afectado y su familia, logrando así una mejor adherencia al tratamiento, mejorando sus condiciones y calidad de vida, así como su estructura familiar.

## **IV. HIPÓTESIS DE TRABAJO.**

### **IV.1 Hipótesis de trabajo**

Una adecuada relación médico paciente condiciona una buena adherencia al tratamiento, en pacientes con diagnóstico de depresión de la UMF No. 220 Toluca Estado de México.

### **IV. 2 Elementos de la hipótesis.**

#### **IV. 2.1 Unidad de observación**

Pacientes con Diagnóstico de Depresión.

#### **IV.2.2 Variable dependiente**

Adherencia al tratamiento.

#### **IV. 2.2.1 Variable independiente**

Relación Médico – Paciente.

### **IV. 2.3 Elementos lógicos de relación**

La, su, en, con.

## **V. OBJETIVOS**

### **V.1 General.**

- Conocer la relación médico - paciente y la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de depresión que acuden a control en la consulta externa de la UMF No. 220 Toluca Estado de México.

### **V.2 Específicos.**

- Conocer el grupo etario predominante con diagnóstico de depresión.
- Identificar el género que más predomina con diagnóstico de depresión.
- Identificar el tipo de relación médico – paciente predominante.
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión.
- Establecer la adherencia al tratamiento de acuerdo a la relación médico-paciente.
- Identificar el estado civil que más predomina con diagnóstico de depresión.
- Identificar la ocupación que más predomina con diagnóstico de depresión.

## **VI. MÉTODO.**

### **VI.1 Tipo de estudio.**

Observacional

### **VI.2.Diseño del estudio.**

Descriptivo – transversal.

### VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICION TEÓRICA	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	ITEM
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años cumplidos en la actualidad.	Cuantitativa de intervalos.	1) 18- 25 años 2) 26-35 años 3) 36-45 años 4) 46-55 años 5) 56-65 años	1
Género	Concepto social de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que la sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Características sociales que determinan el ser humano como hombre o mujer.	Cualitativa nominal	1) Femenino 2) Masculino	2
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Condición civil en el que encuentre en este momento	Cualitativa Nominal	a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Pareja estable	3
Ocupación	Aquella faceta del empeño humano, que le permite cumplir con las demandas sociales de su comunidad, quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa.	Actividad que desempeña al momento del estudio	Cualitativa Nominal	a) Obrero b) Empleado c) Independiente d) Jubilado e) Ama de casa	4
<b>RELACION MEDICO-PACIENTE</b>	Comunicación, de expresión, en la que se reconoce al emisor/paciente, un canal de comunicación, la entrevista, el diálogo, y un receptor/médico	Una relación médico-paciente adecuada, inadecuada, medianamente adecuada.	Cualitativa Ordinal	1) Adecuada: puntaje mayor o igual a 15  2) Medianamente Adecuada: puntaje 14-8  3) Inadecuada: puntaje menor o igual a 8	1-14
<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b>	Es el grado en que el paciente cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico-conductuales.	Adherencia terapéutica basada en comportamientos explícitos: Mala adherencia, regular adherencia, buena adherencia.	Cualitativa ordinal	1) Mala adherencia: 0-20% 2) Regular adherencia: 40-60%. 3) Buena adherencia: 80-100%.	1-21

#### **VI.4 Universo de Trabajo.**

Se considera como universo de trabajo al total de pacientes con depresión registrados en ARIMAC, teniendo presente como dato total una cifra de 325 pacientes con depresión mismos que demandan consulta en forma ordinaria en la unidad de Medicina Familiar 220 en Toluca Estado de México.

#### **MUESTRA**

Con base al total de los pacientes con depresión hombres y mujeres registrados en la UMF 220 es de 325 en ambos turnos y mediante fórmula estadística se obtuvo una muestra de 125 pacientes, por un muestreo no probabilístico.

#### **VI.4.1 Criterios de inclusión.**

- Pacientes derechohabientes con diagnóstico de Depresión, que acuden a la consulta externa de la unidad de medicina familiar No. 220 Toluca Estado de México, género masculino y femenino, de 18 a 65 años de edad que acepten participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

#### **VI.4.2 Criterios de exclusión.**

- Historia de patología psiquiátrica agregada que complique su estado de salud actual y crónico degenerativas con alguna discapacidad (p. e. esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada).

#### **VI.4.3 Criterios de eliminación.**

- Todas las escalas o cuestionarios que no estén correcta o totalmente contestadas.

## **VI.5. Instrumento de Investigación.**

### **VI.5.1 Descripción.**

#### **Relación médico- paciente en pacientes con Depresión.**

Se midió con el cuestionario estructurado semiabierto, llamado PREMEPA (percepción de la relación médico-paciente).

El Bloque I está conformado de 14 preguntas: La primera es una pregunta abierta que tiene como objetivo averiguar si consultó ayuda previa antes por el mismo problema, que ahora lo trae al consultorio. Las preguntas de la 2 a la 9 son de opción múltiple (4 opciones) y se evaluó por medio de una escala de Likert modificada (valores del 0 al 3) las actitudes y características del profesional percibidas en la consulta, en cuanto a respeto y cortesía, disponibilidad de escuchar, comprensión, sensibilidad humana, así como el grado de confianza en su capacidad profesional y la participación del paciente en la consulta.

El Bloque II fue titulado 'Datos generales del médico' e incluía sexo, grupo etario, número de consultas anteriores con ese médico y elección o no del médico.

El Bloque III fue titulado 'Datos generales del paciente' e incluía sexo, edad, tipo de paciente (nuevo, continuador) y grado de instrucción.

### **VI.5.2 Validación.**

Fue validado y evaluado en confiabilidad (consistencia interna) por la fórmula de Kücler- Richarson ( $K=0,833$ , índice de fiabilidad de 91,3%).

### **VI.5.3 Aplicación.**

El cuestionario estructurado semiabierto llamado PREMEPA ha sido aplicado en Lima Perú en el año 2008 por Claudia Carolina Ramos Rodríguez, en su trabajo de tesis titulado: Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios del Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callao Perú.

### **IV.5.4 Interpretación**

Una relación médico-paciente adecuada aquella que logra un puntaje mayor o igual a 15.

Una relación médico-paciente inadecuada, aquella con puntaje menor o igual a 8

Una relación médico-paciente medianamente adecuada, las de puntaje intermedio.



La pregunta 14, acerca de satisfacción del paciente con la atención médica, fue evaluada mediante la escala vigesimal. Este valor también fue transformado a grados de satisfacción, donde muy satisfecho era un puntaje mayor de 15, poco satisfecho uno menor de 10 y medianamente satisfecho, el puntaje intermedio.

## **VI.6 Adherencia al tratamiento en los pacientes con Depresión.**

### **VI.6.1. Descripción**

Se midió con el cuestionario “Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos”. El cual logra identificar la participación de los pacientes y los factores que posibilitan u obstaculizan su adherencia terapéutica, incluyendo la participación de los profesionales de la salud.

Contiene 21 ítems. Para todos los ítems se presenta una escala de 0 a 100, en la que el paciente elige, en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Se entiende que más cercano a 100 el paciente es más adherente.

### **VI.6.2 Validación**

Fue validado y evaluado con un análisis de fiabilidad (alpha de Cronbach) e arrojó un alpha de .919, lo que significa que el instrumento es fiable en un 92%.

### **VI.6.3 Aplicación.**

La escala de adherencia terapéutica (EAT), fue aplicada en 2011 por Rocío Soria Trujano, Zaira Vega Valero, Carlos Nava Quiroz y Karina Saavedra Vázquez, en su trabajo de investigación titulado: Interacción Médico-Paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos, realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México.

### **VI.6.4 Interpretación.**

- 1) Mala adherencia: 0-20%
- 2) Regular adherencia: 40-60%.
- 3) Buena adherencia: 80-100%.

### **VI.7 Desarrollo del proyecto.**

Se elaboró el protocolo de investigación y se sometió para su aprobación ante el Comité local de investigación de Hospital General Regional C/UMF 220. Una vez aprobado se seleccionó a la población que participo en el estudio, de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Posterior a la aceptación y firma de Consentimiento informado se continuó con lo siguiente:

1. Se realizó un formato de captura de datos de cada paciente que incluye nombre, edad, género y ocupación agregándolos a una lista de control.
2. Aplicación del cuestionario estructurado semiabierto, llamado PREMEPA (percepción de la relación médico-paciente).
3. Aplicación de la Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos.

Posterior a la obtención de los datos obtenidos de los cuestionarios, se realizó la captura de los mismos y se realizó el análisis estadístico para su interpretación y descripción de resultados.

### **VI.7 Límite de espacio.**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar No. 220 Toluca Edo de México del Instituto Mexicano del Seguro Social aula 3.

### **VI.8 Límite de tiempo.**

El presente estudio se realizó en un periodo comprendido, Octubre 2012 a Febrero 2013.

### **VI.9 Diseño de análisis**

La validación de datos se realizó con estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central, frecuencias simples y porcentajes.

## VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El estudio se llevó a cabo cumpliendo con los criterios del informe de Belmont, en donde se establecen los principios éticos básicos que deben regir la investigación biomédica, además de haber sido evaluado por el comité local de investigación y ética en investigación en salud del Hospital General Regional No. 220, se determinó la estructura familiar y grado de depresión de los pacientes con enfermedad renal crónica con hemodiálisis.

El informe Belmont consiste en una distinción entre investigación y práctica, una disertación de tres principios éticos básicos y notas acerca de la aplicación de estos principios, particularmente apropiados a la ética de investigaciones que incluyen seres humanos: los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia.

**1. Respeto a las personas:** Incorpora dos convicciones éticas: primero, que los individuos deben de ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas de autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de reconocer a aquellos con autonomía disminuida.

**2. Beneficencia:** El concepto de trata a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. En el sentido de obligación, se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño e incrementar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

**3. Justicia:** El concepto de justicia enfocado al informe de Belmont, hace referencia de quién debe recibir los beneficios de la investigación y soportar su responsabilidad. Los conceptos de justicia se relacionan con la investigación que incluye sujetos humanos. Por ejemplo, la selección de sujetos de investigación debe ser examinada cuidadosamente para determinar si algunas clases sociales, están siendo seleccionadas, sistemáticamente, simplemente por estar disponibles fácilmente, su posición comprometida o su fácil manipulación, en lugar de ser seleccionadas por razones directamente relacionadas con el problema en estudio.

Y basándose en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, se realizó el presente estudio con las normas dispuestas en el Título quinto, capítulo único, la cual se apega a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial con principios éticos aplicables a las investigaciones médicas que involucran seres humanos, con su última modificación en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

## VIII.- RESULTADOS

La muestra estudiada fue un total de 125 pacientes los cuales fueron incluidos en el estudio, obteniendo los siguientes resultados:

En cuanto a grupo etario se encontró lo siguiente: De 18-45 años 9.6% (n=12), de 26–35 años 14.4% (n=18), de 36-45 años 35.2% (n=44), de 46-55 años 24% (n=30), de 56-65 años 16.8% (n=21). (Cuadro 1, gráfico 1).

Por género se encontró: Hombres 16. 8% (n=21), Mujeres 83.2%% (n=104). (Cuadro 2, gráfico 2).

La relación médico-paciente para mujeres fue: adecuada relación médico-paciente 32.8% (n=41), medianamente adecuada relación médico-paciente 31.2% (n=39), inadecuada relación médico-paciente 19.2% (n=24). Para hombres: adecuada relación médico-paciente 8% (n=10), medianamente adecuada relación médico-paciente 6.4% (n=8), inadecuada relación médico-paciente 2.4% (n=3). (Cuadro 3, gráfico 3).

Los resultados para adherencia al tratamiento fueron: mujeres con buena adherencia 33.6% (n=42), regular adherencia 36.8% (n=46), mala adherencia 12.8% (n=16). Para hombres: buena adherencia 4.8% (n=6), regular adherencia 8% (n=10), mala adherencia 4% (n=5). (Cuadro 4, gráfico 4).

La adherencia al tratamiento de acuerdo a la relación Médico Paciente fue la siguiente: Adecuada Relación Médico – Paciente/ Buena adherencia al Tratamiento 33.6% (n= 42). Adecuada Relación Médico – Paciente/ Regular adherencia al Tratamiento 8.8% (n= 11). Adecuada Relación Médico – Paciente/ Mala adherencia al Tratamiento 2.4% (n= 3). Medianamente Adecuada Relación Médico – Paciente/ Buena adherencia al Tratamiento 8.8 % (n= 11). Medianamente Adecuada Relación Médico – Paciente/ Regular adherencia al Tratamiento 21.6 % (n= 27). Medianamente Adecuada Relación Médico – Paciente/ Buena adherencia al Tratamiento 8.8 % (n= 11). Inadecuada Relación Médico – Paciente/ Buena adherencia al Tratamiento 0% (n= 0). Inadecuada Relación Médico – Paciente/ Regular adherencia al Tratamiento 12% (n= 15). Inadecuada Relación Médico – Paciente/ Mala adherencia al Tratamiento 8.8 % (n= 11). (Cuadro 5, gráfico 5).

El estado civil para mujeres fue el siguiente: solteras 12% (n=15), casadas 32.8% (n=41), viudas 12% (n=15), pareja estable 26.4% (n=33). Para hombres: solteros

2.4% (n=3), casados 8% (n=10), viudo 2.4% (n=3), pareja estable 4% (n=5). (Cuadro 6, gráfico 6).

Los resultados en cuanto a la ocupación fueron: hombres obreros 8.8% (n=11), empleados 5.6% (n=7), trabajador independiente 1.6% (n=2), jubilados 0.8% (n=1). Para mujeres: obreras 8% (n=10), empleadas 5.6% (n=7), independiente 2.4% (n=3), jubiladas 3.2% (n=4), amas de casa 64% (n=80). (Cuadro 7, gráfico 7).

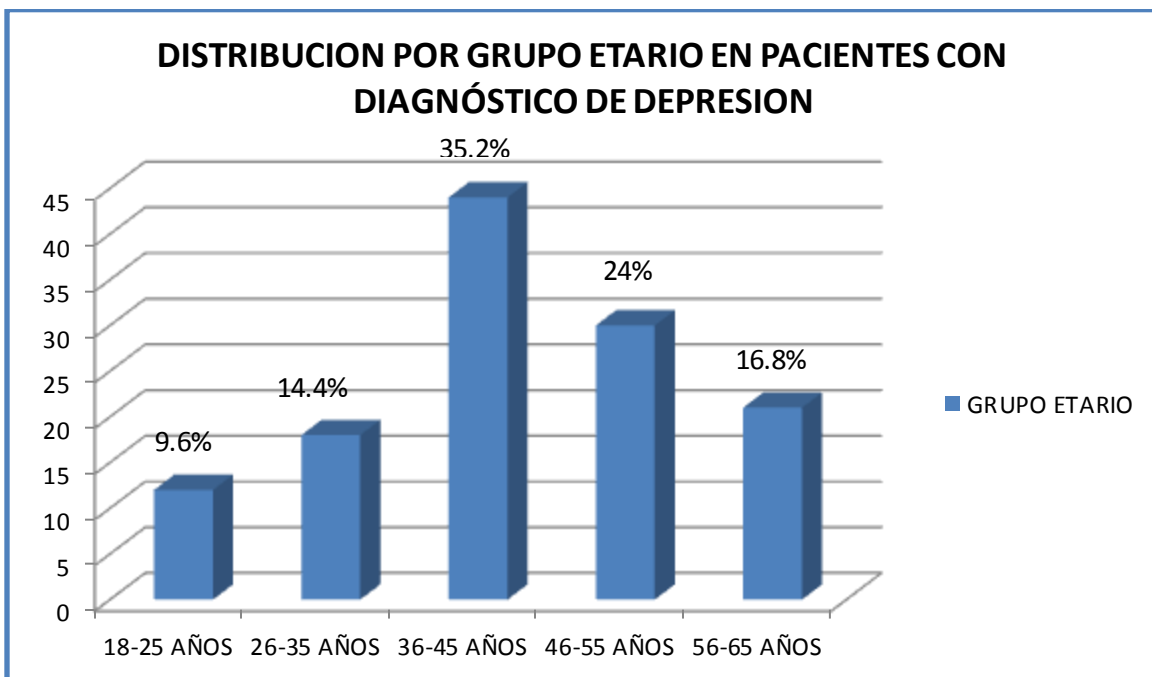
## IX. CUADROS Y GRÁFICOS

**CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DE LA UMF NO. 220.**

GRUPO ETARIO	N	PORCENTAJE
18-25 Años	12	9.6%
26-35 Años	18	14.4%
36- 45 Años	44	35.2%
46-55 Años	30	24%
56-65 Años	21	16.8%
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Concentrado de datos.

**GRAFICA 1.**



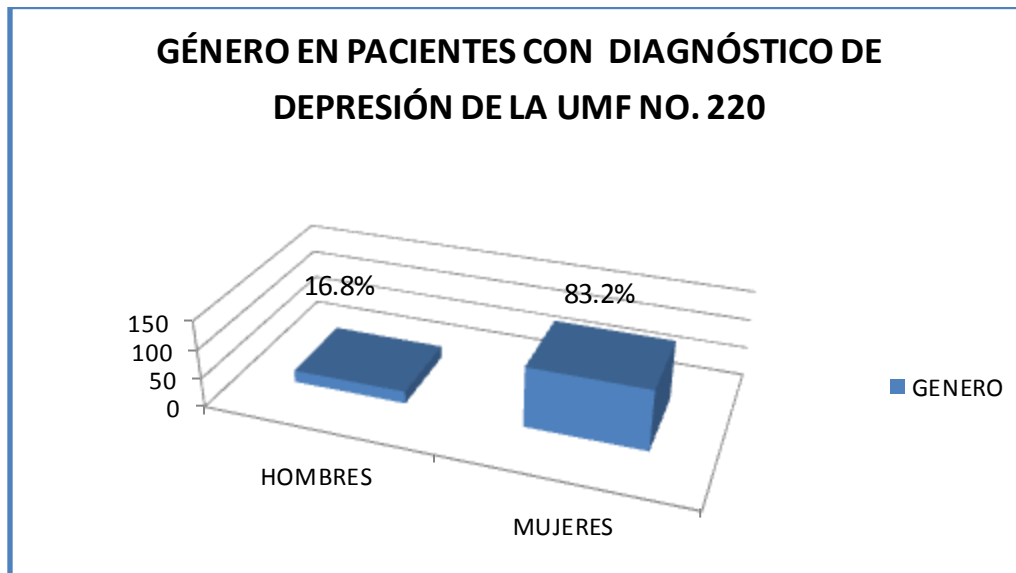
FUNTE: Cuadro 1

**CUADRO 2. GÉNERO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DE LA UMF NO. 220**

GENERO	N	PORCENTAJE
HOMBRES	21	16.8%
MUJERES	104	83.2%
TOTAL	125	100%

FUENTE: Concentrado de datos.

**GRÁFICA 2.**



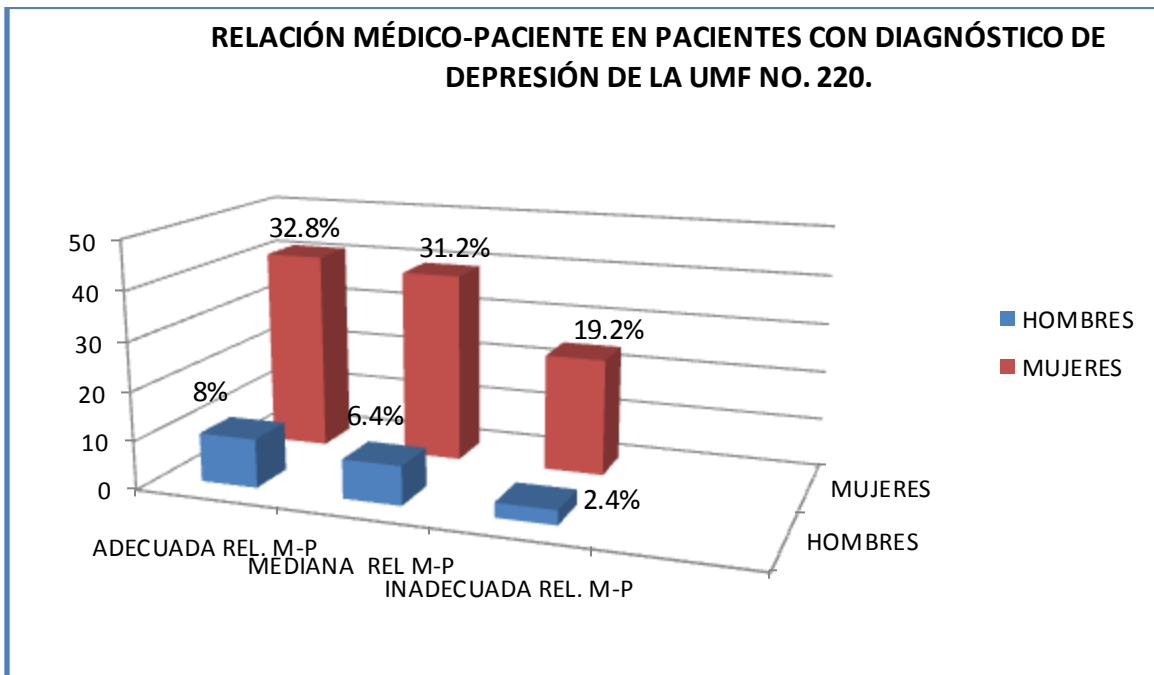
FUENTE: Cuadro 2.

**CUADRO 3. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DE LA UMF NO. 220.**

	N	ADECUADA REL. M-P %	MEDIANAMENTE ADECUADA REL M-P	INADECUADA REL . M-P	TOTAL
<b>HOMBRES</b>	21	8%	6.4%	2.4%	16.8%
<b>MUJERES</b>	104	32.8%	31.2%	19.2%	83.2
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>	<b>40.8%</b>	<b>37.6%</b>	<b>21.6%</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Concentrado de datos.

GRÁFICA 3.



FUENTE: Cuadro 3.

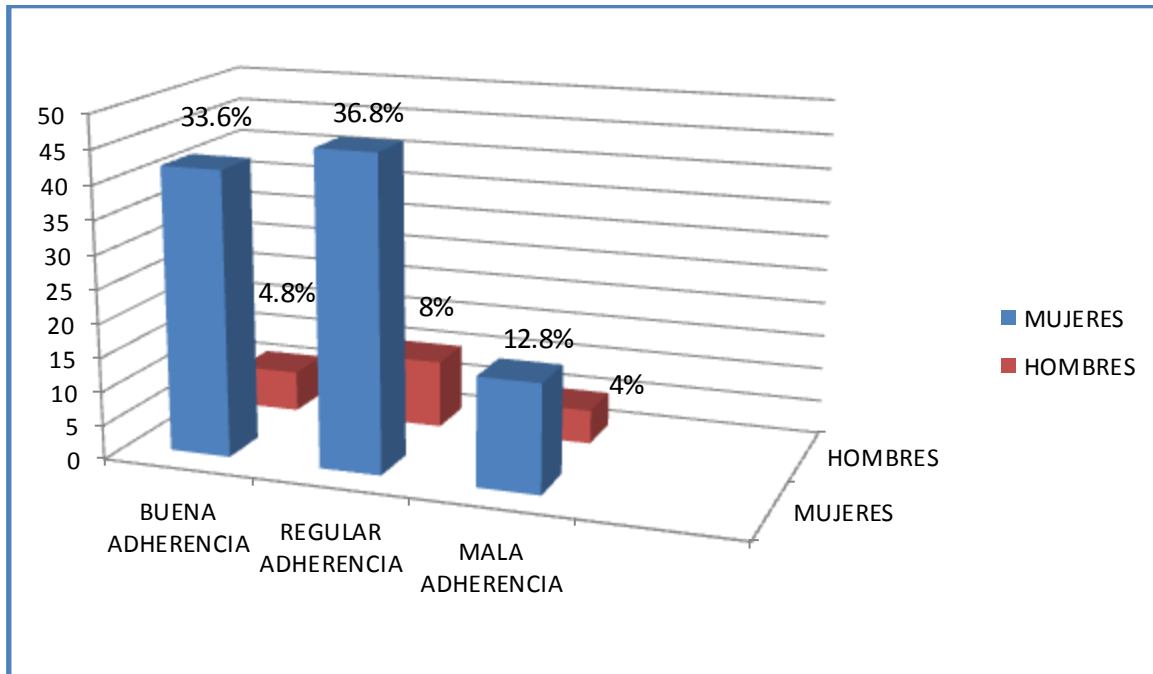


**CUADRO 4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DE LA UMF NO. 220.**

	N	BUENA ADHERENCIA	REGULAR ADHERENCIA	MALA ADHERENCIA	TOTAL
HOMBRES	21	4.8%	8%	4%	16.8%
MUJERES	104	33.6%	36.8%	12.8%	83.2%
<b>TOTAL</b>	<b>125</b>	<b>38.4</b>	<b>44.8</b>	<b>16.8</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Concentrado de datos.

**GRÁFICA 4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DE LA UMF NO. 220.**



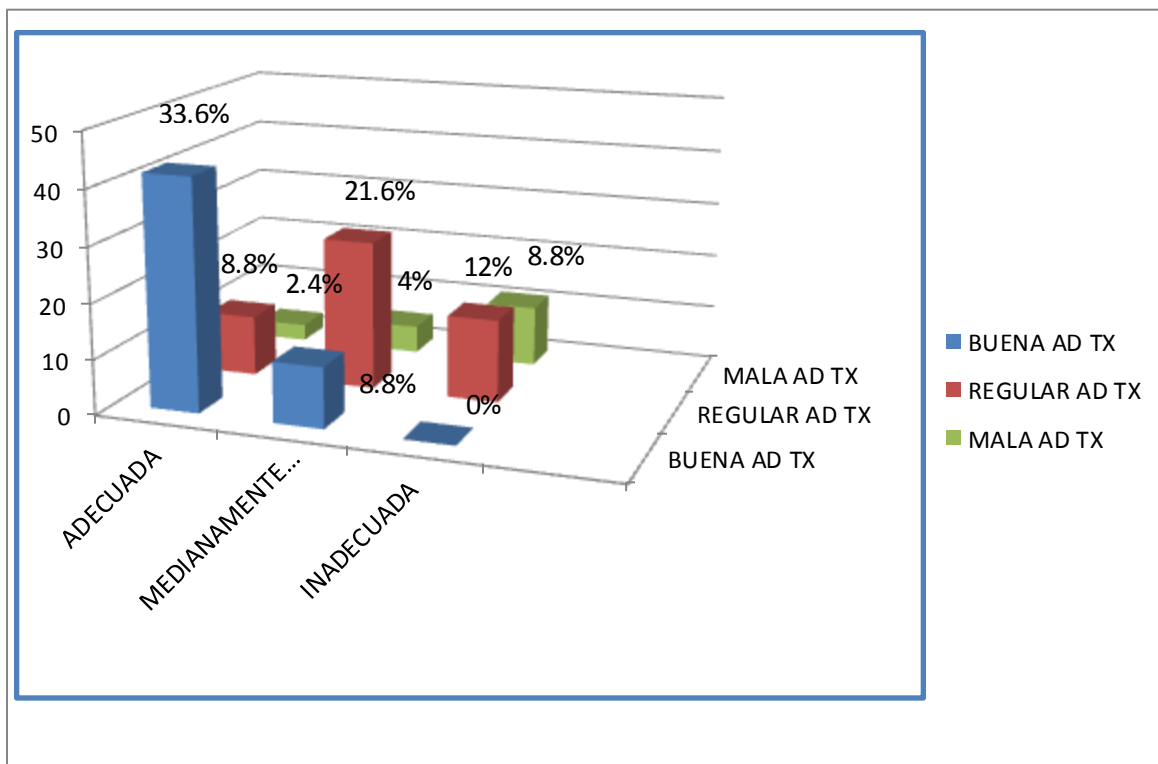
FUENTE: CUADRO 4

**CUADRO 5. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE/ ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DE LA UMF NO. 220.**

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	BUENA ADHERENCIA	REGULAR ADHERENCIA	MALA ADHERENCIA	TOTAL
	ADECUADA	33.6%	8.8%	2.4%	<b>44.8%</b>
	MEDIANAMENTE ADECUADA	8.8%	21.6%	4%	<b>34.4%</b>
	INADECUADA	0%	12%	8.8%	<b>20.8%</b>
	TOTAL	42.4%	42.4%	15.2%	100%

FUENTE: Concentrado de datos.

**GRÁFICO 5. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE/ ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DE LA UMF NO. 220.**



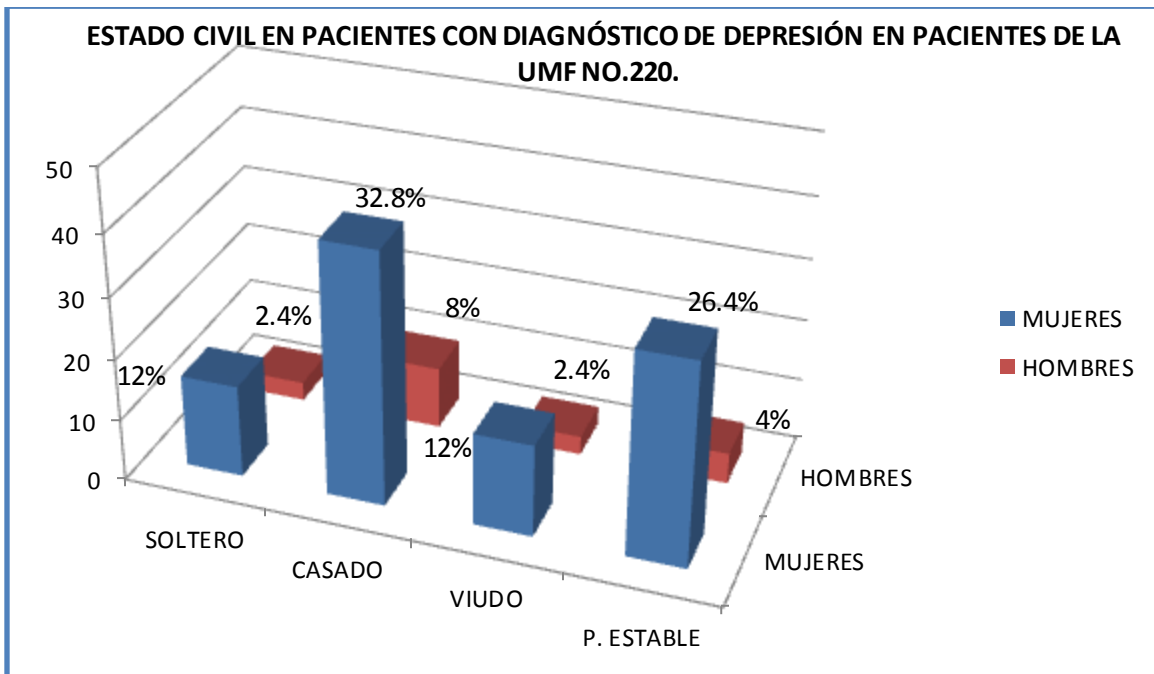
FUENTE: Cuadro 5

**CUADRO 6. ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DE LA UMF NO.220.**

<b>ESTADO CIVIL</b>					
	SOLTERO	CASADO	VIUDO	P. ESTABLE	TOTAL
<b>HOMBRES</b>	2.4%	8%	2.4%	4%	16.8%
<b>MUJERES</b>	12%	32.8%	12%	26.4%	83.2%
<b>TOTAL</b>	14.4%	40.8	14.4	30.4	100%

FUENTE: Concentrado de datos.

GRÁFICA 6.



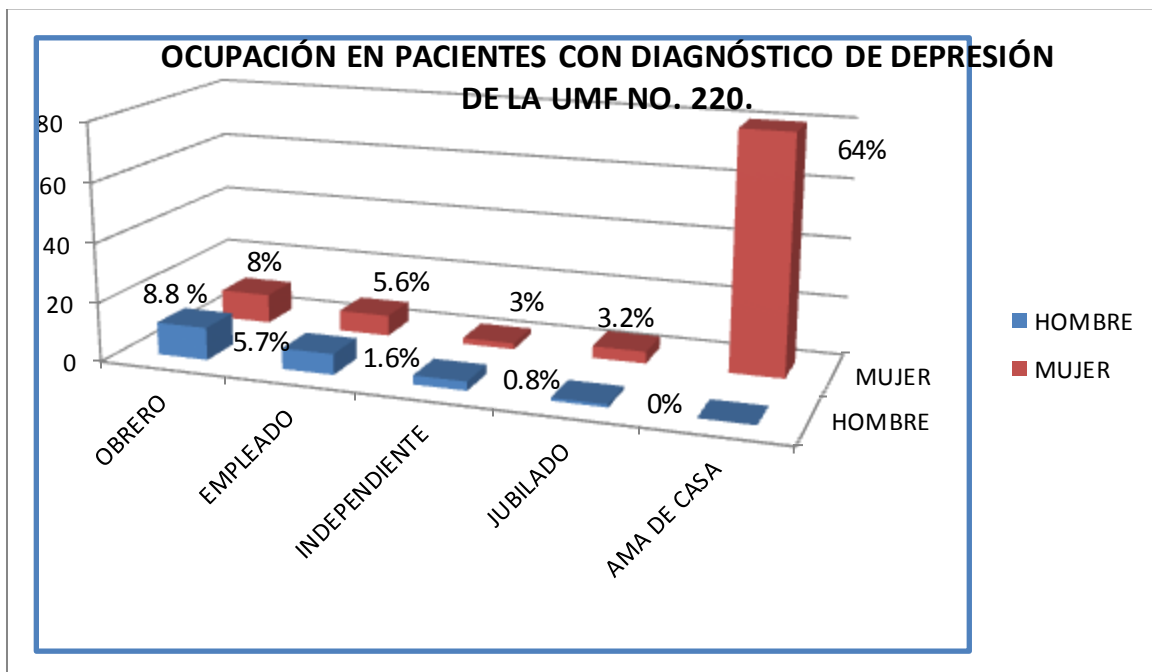
FUENTE: Cuadro 6

**CUADRO 7. OCUPACIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DE LA UMF NO. 220.**

OCUPACION						
	OBRERO	EMPLEADO	INDEPENDIENTE	JUBILADO	AMA DE CASA	total
HOMBRES	8.8%	5.6%	1.6%	0.8%	0%	16.8%
MUJERES	8%	5.6%	2.4%	3.2%	64%	83.2%
<b>TOTAL</b>	<b>16.8%</b>	<b>11.2%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>64%</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Concentrado de datos

GRÁFICA 7.



FUENTE: Cuadro 7.

## X. DISCUSION

En nuestro estudio fueron incluidos 125 pacientes de los cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

El presente estudio reveló que de la muestra estudiada, el grupo de edad más afectado fue de 36-45 años equivalente a un 36.2% (n=44), por lo que nuestro estudio tiene resultados similares al realizado en Colombia por Gómez Restrepo y cols. En donde se obtuvo como al grupo más afectado entre 35-45 años, equivalente a un 36.3%.

En nuestro estudio se observó que el género femenino representa un 83.2% (n=104) y el género masculino un 16.8%. (n=21). El resultado es similar a lo realizado por Medina Mora y cols. En el estudio de Salud Mental en México, en donde se encontró que la las mujeres tienen prevalencia de depresión más elevada.

En nuestro estudio se observó que la relación médico – paciente es determinante para que los pacientes con depresión tengan adecuada adherencia al tratamiento, se encontró 42 pacientes de 125 estudiados con adecuada relación médico – paciente y buena adherencia al tratamiento lo que representó 33.6%. Esto concuerda lo encontrado por David M. Cutler, y cols en un estudio publicado en N Engl J Med en el 2010 donde observaron que lo principal para lograr la adherencia de los pacientes a los tratamientos que se prescriben es conocer los factores que afectan dicha adherencia. Y estos gravitan en cinco esferas: en la relación al paciente, en la relación al régimen terapéutico, en la relación a la patología a tratar, en la relación al sistema de salud y en factores sociales y económicos.

Con respecto al estado civil en nuestro estudio se observó que tanto en hombres como en mujeres el estado civil casado fue el más afectado, representando un 32.8% (n=41) para mujeres y 8% (n=10) para hombres del total de la muestra. Esto es similar al estudio realizado por Matut y cols. En Canarias España en donde el estado civil más afectado para hombres es casado, sin embargo, es diferente para las mujeres, en donde viudo es el estado civil más afectado.

Nuestro estudio reveló que el grupo más afectado con respecto a la ocupación son: amas de casa en un 64%, trabajadores dependientes 28.1% y 4% para los jubilados. Esto es similar a lo encontrado por Berbesi y Cols. En un estudio realizado en Perú en 2009, en donde la ocupación con más afectada fue: amas de casa en un 60.7%, trabajadores dependientes 15.8%, la menor proporción reportada fue la de los jubilados en un 1%.

## **XI. CONCLUSION**

Los trastornos psiquiátricos tienen una alta prevalencia a nivel mundial y en nuestro país, de ellos la depresión es el trastorno afectivo más frecuente.

En el primer nivel de atención, la depresión es una de las causas de mayor demanda en la consulta externa.

En base a lo encontrado en este estudio podemos concluir lo siguiente:

Del total de la población estudiada (n=125), 33.6% (n=42) tuvieron adecuada relación médico – paciente con buena adherencia al tratamiento, siendo este porcentaje el que representa la mayoría, lo que traduce que a mejor relación médico – paciente existe mayor adherencia al tratamiento. De tal forma que se cumple la Hipótesis de trabajo.

Por lo tanto este estudio de investigación hace referencia a la importancia de mantener una adecuada relación médico – paciente para lograr una buena adherencia al tratamiento y con ello disminuir las complicaciones de los pacientes con depresión.

## XII. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos determinar que la adecuada relación médico paciente es un factor determinante en la adherencia al tratamiento en los pacientes con depresión, por lo que recomendamos:

Informar a los participantes en el estudio sobre la importancia de tener una buena comunicación con su médico, expresar sus dudas, temores, inquietudes, etc, logrando así una mejor relación médico-paciente, esto conlleva a la mejor comprensión de su enfermedad y a un buen apego al tratamiento.

Así mismo se recomienda integrar grupos de autoayuda en los cuales se ofrezca reconocimiento de su enfermedad, apoyo y enfrentamiento de los problemas en común buscando soluciones a los mismos.

Informar a los médicos de familia de aquellos pacientes que presentaron una inadecuada relación médico-paciente, para reforzar la relación con ellos, esto se verá reflejado en el diagnóstico oportuno y en lograr adherencia al tratamiento, de esta manera se pueden evitar complicaciones propias de la enfermedad.

La familia tiene gran importancia en el paciente con depresión, por lo que se les debe explicar a ellos los datos más relevantes de la enfermedad, pues de esta manera se logra integrar un equipo en la atención del paciente lo que dará mejores resultado en el pronóstico de la enfermedad.

Es importante dar a conocer a la sociedad información sobre depresión, pues siendo una enfermedad muy frecuente, se tiene poco conocimiento sobre ella, esto condiciona señalamientos al paciente que la padece afectando de esta manera el curso de la enfermedad. Si logramos que el paciente con depresión siga activo en la sociedad, sin duda mejorara su patología, por lo que sugerimos la difusión sobre esta enfermedad a través de carteles, spots, trípticos, en la comunidad.

### XIII. BIBLOGRAFIA

1. Rodríguez Arce MA, Relación Médico-Paciente, Edit: Ciencias medicas;8:21.
2. Froján PMX, Rubio LR. Análisis discriminante de la adhesión al tratamiento en la diabetes mellitus insulín dependiente. *Psicothema* 2004; 16(4): 548-554
3. Wing RR, Leonard HE, Nowalk MP, Scott N. Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Psychological Bulletin*.1987; 1: 78-89
4. Alvis O, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *AnFacmed*. 2009; 70(4): 266-272.
5. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev. Méd Chile* 2007; 135: 647-652.
6. Alvis O, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *AnFacmed*. 2009; 70(4): 266-272
7. David M, Cutler, Pho, Everett Wendy , Sc D. Thinking Outside the Pillbox – medication Adherence as a Priority for Health Care Reform. *The New England Journal of Medicine*. 2010 : 326;17.
8. Franco JA, Pecci C. La relación medico paciente, la medicina científica y terapias alternativas. Departamento de Salud Mental, Hospital de Clínica José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. 2002;62:2.
9. Ríos CJL, Sánchez SJJ, Barrios SP, Guerrero SV. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Med IMSS* 2004; 42 (2): 109-116.
10. Mora GCE, Beléndez VM, Giralt MP, Ballester HMJ, Zapata GL. Intervención psicoeducativa en niños y adolescentes con diabetes tipo 1. *AvDiabetol*. 2008; 24(5): 407-413
11. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia?. *CirEsp* 2004;76(2):71-7
12. Streisand R, Respass D, Overstreet S, Gonzalez L, San Chen R, Holmes C. Brief Report: Self-Care Behaviors of Children With Type 1 Diabetes Living in Puerto Rico. *J. Pediatr. Psychol.* (2002) 27 (8): 759-764.
13. Bleichmar BH, La depresión: un estudio psicoanalítico. *PsychologyToday*. 2005;38:31.
14. Cameron N, *Anales de Psicología* 2000; 16:31.
15. Cobo GJ. El concepto de depresión. *Revista de Psiquiatría* 2005;9:2.



16. Berbesi FDY, Segura CAM. Factores sociodemográficos y eventos asociados con la mejoría clínica de pacientes con depresión. *Investigación Andina*. 2009;11:9
17. Alberdi SJ, Taboada O, Castro DC, Vázquez VC, Depresión Guías Clínicas de España. 2006;6:2.
18. Murphy JM, Nierenberg AA, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. Incidence of major depression: prediction from subthreshold categories in the striling country study. 2002;68:251-255.
19. Ruiz FLG, Colin PRF, Sau-yen CI, Lara MMC, Dueñas TH. Trastorno depresivo mayor en México: Relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud mental*. 2007;30:27.
20. Wagner FA, González FC, Sánchez GS, García PC, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 2012;35:8-9.
21. Medina MME, Borges G, Lara MC, Banjet C, Blanco JJ, Fleiz BC, Villatons VJ, Rojas GE, Zambrano RJ, Casanova RL, Aguilar GS. Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26: 2-3
22. Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y Distimia). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2010.
23. Mardomingo MJ. El vínculo con el paciente como arte de curar. Seminario sobre relación médico paciente en pediatría. 2008:2.
24. López MM. La Relación Médico-Paciente, Reflexiones. *Revista de Bioética*. 2007;6:12.
25. Barbado AJA, Aizpiri DJJ, Cañones GPJ, Fernández CA, Goncalvez EF, Rodríguez SJJ, Soya CJ. Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico paciente. *Habilidades en Salud Mental*, 2005;70:35.

## XIV. ANEXOS

### **Anexo 1. Cuestionario percepción de la relación médico – paciente (PREMEPA)**

Para medir la relación médico paciente en pacientes con diagnóstico de depresión de la UMF No. 220 Toluca Edo. De México.

#### **Bloque I: Percepción de la Relación médico-paciente:**

##### **1.- Antes de venir ¿acudió a buscar otro tipo de ayuda para su problema de salud?**

0. No 3. Si. Porque no persistió allí? \_\_\_\_\_

##### **2.- Con respecto al respeto y la cortesía, ¿Qué tan bien lo trató el médico?**

0. No fue cortés ni respetuoso 1. Fue muy poco cortés y respetuoso

2. Medianamente respetoso y cortés 3. Fue muy respetuoso y cortés.

##### **3.- En el aspecto de escuchar, ¿Qué nos puede decir del médico que lo atendió?**

0. No me dejó hablar 1. Si me escucho pero poco 2. Me dejó hablar pero no escucho todo lo que quería decir. 3. Me escuchó todo lo que quería decirle.

##### **4.- En el aspecto de comprensión hacia Ud., ¿Que tan comprendido se sintió cuando estaba con el médico?**

0. No me comprendió 1. Me comprendió pero poco

2. Si me comprendió pero no totalmente 3. Me sentí totalmente comprendido

##### **5.- En el aspecto de sensibilidad hacia su problema, ¿Qué tan sensible fue su médico?**

0. No tuvo tacto 1. Fue poco sensible 2. Medianamente 3. Totalmente sensible

##### **6.- En el aspecto confianza en su capacidad profesional, ¿Qué tanta confianza le tiene ahora al médico que lo atendió?**

0. No le tengo confianza 1. Muy poca 2. Mediana 3. Confío plenamente

##### **7.- En el aspecto explicación de su problema de salud, entendió la explicación del médico?**

00. No me explicó 0. No entendí nada 1. Entendí muy poco 2. Medianamente 3. Entendí claramente

**9.- En el aspecto explicación del procedimiento a seguir con Ud., entendió la explicación del médico?**

00. No me explicó 0. No entendí nada 1. Entendí muy poco 2. Medianamente 3. Entendí claramente

**10.- ¿Estuvo conforme con los procedimientos del médico?**

0. No (Siga) 1. Si (**Pase a la pregunta 13**)

**11.- ¿Le pidió otras opciones de procedimiento?**

0. No (**Pase a la pregunta 13**) 3. Si (Siga)

**12.- ¿El médico le dio otras opciones?**

0. No 1. Si

**13.- ¿Recomendaría Ud. a un familiar o amigo que se atienda con el mismo médico que la atendió hoy?**

3. Si 0. No

**14.- Por favor, califique del 0 al 20 su satisfacción en ésta consulta:**

\_\_\_\_\_

### **Bloque II: Datos generales de su médico**

Las siguientes preguntas son necesarias para comprender las características del médico que atendió al entrevistado.

Sexo del médico: 0. Femenino 1. Masculino

Edad del médico: 0. Adulto joven 1. Mediana edad 2. Adulto Mayor

En esta oportunidad Ud. eligió al médico: 0. No 1. Si

Número de consultas anteriores: 0. Ninguna 1. 1-4 2. Más de 4

### **Bloque III: Datos generales del paciente**

Las siguientes preguntas son necesarias para comprender las características del entrevistado y solo serán usadas con el fin de esta investigación.

Sexo del paciente: 0. Femenino 1. Masculino

Año de nacimiento del paciente: 19\_\_

Tipo de paciente: 0. Paciente nuevo 1. Continuador 2. Chequeo médico

Grado de estudios que alcanzó **(Agregue "I" si es incompleta)**:

0. Ninguno 1-2. Primaria 3-4. Secundaria 5-6. Estudios superiores

Una relación médico-paciente adecuada como aquella que lograba un puntaje mayor o igual a 15

Una relación médico-paciente inadecuada, aquella con puntaje menor o igual a 8

Una relación médico-paciente medianamente adecuada, las de puntaje intermedio.

La pregunta 14, acerca de satisfacción del paciente con la atención médica, fue evaluada mediante la escala vigesimal. Este valor también fue transformado a grados de satisfacción, donde muy satisfecho era un puntaje mayor de 15, poco satisfecho uno menor de 10 y medianamente satisfecho, el puntaje intermedio.

## Anexo 2. ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA (EAT)

Para determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de depresión de la UMF No. 220 Toluca Edo. De México.

PREGUNTAS ITEMS	0%	20%	40%	60%	80%	100%
1) Ingiero mis medicamentos de manera puntual						
2) No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada						
3) Me hago análisis en el periodo en el que el médico me indica						
4) Si tengo que seguir una dieta rigurosa la respeto						
5) Asisto a mis consultas de manera puntual						
6) Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto al estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud						
7) Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero como por ejemplo no fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena						
8) Como solo aquellos alimentos que el médico me permite						
9) Si el médico me inspira confianza sigo el						

tratamiento						
10)Después de haber terminado el tratamiento regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud						
11)Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos estoy más seguro de lo que tengo y me apego mas al tratamiento						
12)Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento						
13)Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos						
14)Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no está concluido						
15)Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento						
16)Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo lo hago						
17)Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos						

18) Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo						
19) Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad						
20) Si se sospecha que mi enfermedad es grave hago lo que este en mis manos para aliviarme						
21) Aunque el tratamiento sea complicado lo sigo						
TOTAL						

**Anexo 3. CONCENTRADO DE DATOS:**

Para determinar edad, género y estado civil en pacientes con diagnóstico de depresión de la UMF No. 220 Toluca Edo. De México.

**No. De registro:** \_\_\_\_\_

**Datos Generales**

Ficha No: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

1. **Edad:** \_\_\_\_\_ 2. **Género:** F ( ) M ( )

3. **Su estado civil es:**

a.- Soltero ( ) b.- casado ( ) c.-viudo ( ) d.- pareja estable

4. **Su ocupación es:**

a.- Obrero ( ) b.-Empleado ( ) c.-Independiente ( ) d.-Jubilado ( )  
e.-Ama de casa ( )



## Anexo 4. Consentimiento Informado.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Nombre del estudio:

RELACION MEDICO PACIENTE Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO DE DEPRESION DE LA UMF No. 220 TOLUCA ESTADO DE MEXICO

Patrocinador externo (si aplica):

NO APLICA

Lugar y fecha:

HGR 220 CON UMF. TOLUCA ESTADO DE MEXICO A ENERO DEL 2013

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

LA RELACION MEDICO PACIENTE, ES LA INTERACCION QUE SE ESTABLECE ENTRE AMBOS, CON EL FIN DE DEVOLVERLE A ESTE LA SALUD, ALIVIAR SU PADECIMIENTO Y PREVENIR LA ENFERMEDAD. LA RELACION MEDICO PACIENTE CONTRIBUYE A UNA ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Procedimientos:

EL INVESTIGADOR APLICARÁ AL PACIENTE - INDIVIDUAL O HETEROADMINISTRADA- UN "CUESTIONARIO PARA MEDIR LA RELACION MEDICO PACIENTE Y UN CUESTIONARIO PARA MEDIR ADHERENCIA TERAPEUTICA"

Posibles riesgos y molestias:

INCOMODIDAD Y RIESGO DE QUE NO CONTESTEN EL CUESTIONARIO

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

CONOCER LA RELACION MEDICO PACIENTE QUE TIENE CON SU MEDICO Y EL GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO DE EL PARTICIPANTE  
CONOCER LAS POSIBLES ACCIONES PREVENTIVAS QUE SE PUEDEN LLEVAR A CABO

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

A TRAVES DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DE LA INSTITUCION

Participación o retiro:

NO EXISTE CONDICIONANTE

Privacidad y confidencialidad:

LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO SE PRESENTARAN ANTE UN COMITÉ CIENTIFICO DE LA INSTITUCION (IMSS)

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable:

M.C RUBEN ARROYO ZAMORA

Colaboradores:

ESP. EN MED.FAM. EMILIANA AVILES SANCHEZ. UNIDAD DE MED. FAM. 220

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

Nombre y firma del sujeto  
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013