



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
DELEGACIÓN NORTE DEL DF.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

Trabajo de investigación titulado:

**CALIDAD DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN PORTADORES DE  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DE LA UMF 94.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

Dra. Lilia Miroslava Guzmán Rivas  
Médico residente del 3º año  
Curso Especialización en Medicina Familiar  
Matrícula: 98362488  
Domicilio: Camino San Juan de Aragón 235  
Colonia Casas Alemán, Teléfono: 57573289  
Correo electrónico: [dra.mirosuzman@yahoo.com.mx](mailto:dra.mirosuzman@yahoo.com.mx)

Investigador responsable  
Dra. Esther Azcárate García  
Profesor titular de Medicina Familiar UMF 94  
Matrícula: 99362280  
Camino Antiguo San Juan de Aragón 235  
Colonia Casas Alemán  
Teléfono: 57573289,  
Correo electrónico: [estherazcarate@gmail.com](mailto:estherazcarate@gmail.com)

Investigador asociado:  
Dr. Isaías Hernández Torres  
Coordinador de docencia de Medicina Familiar UNAM.  
Av. Emiliano Zapata No. 360, Col. Sta Cruz Atoyac, CP 03310  
Teléfono 56162070  
25 años de experiencia profesional  
Correo electrónico: [iht@yahoo.com](mailto:iht@yahoo.com)



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.

## **Introducción:**

El desapego al tratamiento constituye uno de los retos terapéuticos más importantes que en la actualidad enfrenta los padecimientos crónicos considerados incurables, quienes además producen las tasas más elevadas de morbi-mortalidad.

El término apego al tratamiento hace alusión a la concordancia que existe entre la conducta del paciente y la prescripción que el médico realizó. Es importante señalar que esta conducta no se limita a la toma de medicamentos, sino además incluye, las indicaciones relativas a la dieta, el ejercicio, cambios de estilo de vida y otras indicaciones higiénicas, los exámenes paraclínicos, asistencia a las citas y cualquier otra indicación o recomendación relevante para el diagnóstico, prescripción, monitoreo y control del padecimiento.

De tal manera que una forma de evaluar el apego al tratamiento es a través del control de estas patologías, en el supuesto de que el cumplimiento de las indicaciones médicas consecuentemente llevara al paciente a tener un control adecuado de su enfermedad.

La importancia de la relación médico-paciente se determina en la influencia del autocuidado del individuo que finaliza en el proceso de tratamiento y pronóstico de la enfermedad, las relaciones interpersonales pueden estar definidas por su carácter superficial y otras de mayor complejidad y donde el profesional de la medicina deberá de aprovechar para aconsejar y brindar ayuda humanitaria y sensible ante los problemas de salud del individuo, uno de los más importantes pilares donde descansa la satisfacción en la atención médica.

Actualmente, existen varias condiciones que han repercutido negativamente en esta relación, entre ellas causas económicas que introducen la comercialización de la atención médica, lo que ha colocado al paciente en el lugar de un “comprador” de la salud y a los médicos como “vendedores”, convirtiéndose en un enemigo natural en la relación establecida entre el paciente y su familia, esta situación repercute estrechamente en la relación que pudiera establecerse incrementando los errores médicos y pasando por alto los principios de la ética médica. En el caso del médico familiar, la relación médico paciente es la herramienta fundamental para el manejo integral del paciente y su familia, por ello la importancia de retomar la influencia que el caso de este estudio tiene en el control de las enfermedades crónico degenerativas.

## Marco Teórico:

### RELACION MEDICO PACIENTE (RMP)

La relación médico paciente constituye una fuente crítica de satisfacción tanto de pacientes, los cuales se muestran satisfechos con su atención, y de médicos, quienes se muestran o no satisfechos con su profesión. <sup>(25)</sup>

Desde los tiempos de Hipócrates se hablaba de las necesidades del paciente y se acentuaba la importancia de su relación con el médico, asumiendo este último una actitud paternalista con el fin de la curación de los enfermos. Posteriormente en los siglos XII y XIII la relación se volvió una relación asimétrica, colocando al médico en una posición de supremacía y a el paciente en una actitud de clara subordinación; apareció el Código de Nüremberg y en él se oficializaron por primera vez los derechos de los pacientes, surgiendo a través del tiempo otros códigos y normas de ética médica; la más importante la Declaración de Helsinki, promulgada por la Asociación Médica Mundial en 1964 y actualizada en el 2004 <sup>(30)</sup>.

La relación médico paciente es aquella relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud, es decir, es la interacción que se establece entre el médico y el paciente durante el curso de la enfermedad, ya sea aguda o crónica. <sup>(25)</sup> Como relación entendemos a todos aquellos aspectos psicosociales que dependen de las características del rol que se esta desempeñando. Y dicho rol se refiere a las actitudes de las personas según la posición que ocupan. Bajo este entendido podemos clasificar a las relaciones como complementarias, simétricas o paralelas. Las complementarias son aquellas en donde los miembros desarrollan funciones o actitudes, que aunque son asimétricas, están todas articuladas para lograr un fin común. Mientras que en las simétricas no existe desigualdad, las funciones tienen el mismo valor y la relación es de cooperación mutua. Por su parte las paralelas son relaciones cuyos objetivos no son comunes. <sup>(31)</sup>

Como interacción entendemos todas las acciones y los afectos recíprocos que acontecen entre los miembros de una relación, incluyendo tanto comunicación verbal como no verbal. <sup>(31)</sup>

Y por último la comunicación es un proceso complejo y multidimensional, es un fenómeno que involucra la transmisión de información desde una fuente emisora hacia un receptor; para que dicha información sea transmitida exitosamente debe existir un código compartido entre ambos polos, con la utilización de un lenguaje simbólico, Así también es un proceso dinámico, en el cual se producen cambios y se involucran tanto afectos como datos e influyen las personalidades de los involucrados en dicho proceso.

<sup>(31)</sup>.

La relación y con ello la comunicación médico paciente produce beneficios para la salud psicológica y física del paciente, aumentando su confianza y compromiso consigo y su enfermedad. <sup>(25)</sup> Siendo esta relación un factor de gran peso en la resolución del mal que aqueja a el paciente, ya que matiza para bien o para mal, la conducta del médico y la

respuesta del paciente.<sup>(30)</sup> Esta interacción, se establece con el fin de devolverle al paciente la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad, esto gracias a que el médico aplica sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, por lo que se necesita establecer una adecuada comunicación con el enfermo ya que de este depende en gran medida el éxito terapéutico. Esta relación sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica médica y tan imprescindible en la formación integral del médico, sin embargo con el tiempo se ha ido fracturando dicha relación, tanto por la utilización hipertrófica de las medidas técnicas, como por la masificación asociada con las tendencias socializadoras y preventivas que la Medicina ha experimentado en los últimos años, recordemos que en el pasado la medicina brindaba la oportunidad al paciente y al médico, de establecer una mayor relación interpersonal; esta relación se fortalecía a través del acucioso interrogatorio y detallada exploración física que el médico realizaba, desafortunadamente conforme la tecnología invadió el campo de la medicina esta relación se vio debilitada, pasando a un segundo plano, de tal manera que el diagnóstico dejó de centrarse en la clínica para enfocarse en la tecnología. Olvidando que existen enfermos más no enfermedades, constituyéndose una medicina científica, más centrada en la enfermedad y en los medios diagnósticos y terapéuticos, que en el mismo paciente, y expresada en un lenguaje científico, incrementándose la distancia del paciente y de sus familias respecto del médico. Hoy en día, el paciente, cada vez sabe menos y confía menos en sí mismo, mientras que el médico, por el contrario, cada vez cuenta con más datos, con mejores medios diagnósticos y terapéuticos, por lo que incrementando su capacidad de decisión, y resolución de problemas, pero disminuyendo su capacidad de empatía y humanización. Con el desarrollo científico, la Medicina mejoró sensiblemente, con la capacidad de lograr diagnóstico y tratamientos más certeros, aunque paradójicamente, se empeoró la relación médico-paciente, los enfermos adquirieron cada vez más autonomía, que aunado a la aparición de la medicina hospitalaria, la consolidación de los seguros de enfermedad y de los procesos de colectivización, como la Seguridad fueron modificando el modelo de la profesión médica, favoreciendo la aparición de conflictos de interés derivados del hecho de tener que responder, sobre una misma actuación, ante distintos sujetos -el pagador o contratante y el paciente- con intereses diferentes.

La atención médica es una relación interhumana en la que el fin es lograr restablecer la salud del enfermo, y como toda relación interhumana implica actitudes de solidaridad con un prójimo actitudes de proximidad y ayuda, pero una ayuda y una solidaridad especialmente trascendentes, puesto que la enfermedad supone una necesidad, un sufrimiento, que implica al propio cuerpo, a la intimidad de la propia persona. De aquí que el instrumento más adecuado para la relación, sea la comunicación verbal y no verbal y el vínculo más apropiado la empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro, de sintonizar con sus vivencias.

En la Medicina la comunicación es una variedad más específica relacionada con la forma en como las personas manejan las situaciones que tienen que ver con la salud. <sup>(31)</sup> No

solo debe servir para obtener la información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, también debe ayudar a que el paciente se sienta escuchado, comprendiendo, y a su vez comprenda el significado de su enfermedad y se sienta copartícipe de su atención. El médico debe de identificar sus dificultades y transformarlas de manera positiva para incidir positivamente en el cuidado de la salud de sus pacientes. La importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente es innegable para cualquier disciplina médica, siendo esta un instrumento indispensable para que el médico cumpla satisfactoriamente sus dos funciones principales, las cuales son el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes, y para lograrlo se debe de incursionar no solo en el aspecto biológico del individuo sino también en las dimensiones psicológicas y sociales, lo cual obliga a los médicos a internarse en aspectos de contenido afectivo para el paciente, y esto solo teniendo un espíritu humanista, apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, y capacidad para transmitir al paciente, a la familia y a todo el equipo de salud los conocimientos, aptitudes y habilidades para lograr contribuir al restablecimiento de la salud de los enfermos. (32)

Uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo es que el médico demuestre estar interesado por él, que utilice palabras comprensibles, proporcione información sobre el tratamiento, trasmita tranquilidad, aconseje al paciente, pero permitiendo que sea este quien decida, que tenga libertad para transmitir sus puntos de vista. Una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido, por lo que la principal característica del médico debe ser tener una actitud afectiva que le permita mostrar sentimientos, empatía y preocupación por los pacientes, dichas cualidades serán únicamente valoradas por los pacientes.

Cabe señalar que esta relación tiene características, motivacionales y actitudinales, de dependencia y necesidad, de altruismo y ayuda desinteresada, de confianza, análogas a las de otras relaciones naturales de asistencia, desiguales y asimétricas, así como también tiene la formalidad de un contrato por el que el experto, ofrece unos servicios o prestaciones al usuario de un bien como la salud que, al no ser sólo como todos un bien individual y privado, sino también social y público adquiere el carácter de hecho social. La adecuada comunicación que se establezca dentro de dicha relación contribuirá a lograr un buen control de nuestros pacientes y de sus patologías, ya que la falta de adherencia terapéutica se ve directamente influenciada por la comunicación, dado que la falta de intercambio de información entre el médico y el paciente, la falta comprensión del diagnóstico y la incomprensión del tratamiento indicado, ocasionan la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente.

De tal manera que el grado de satisfacción o insatisfacción que los pacientes tengan en cuanto a su atención médica, dependerá en gran medida de la comunicación establecida con su médico, de la manera en que este lo entiende, lo orienta y lo acompaña en el transcurso de su enfermedad, y dicho proceso de comunicación a su vez se verá influenciada por el grado de satisfacción que el médico tenga con su trabajo. (32)

En general, al paciente no le basta con que le digamos lo que tiene, sino que además, espera nuestra comprensión. Lo físico le importa, pero también las posibles consecuencias de nuestro accionar u omisión, le preocupan y estas aumentan en cada consulta médica, su mente rechaza o acepta el mal que lo aqueja, no reacciona como quiere, sino que lo hace como puede y no siempre colaborando con las necesidades de su búsqueda de ayuda en su relación con nosotros, por lo que de nosotros depende en gran medida encaminar la comunicación entre dicho binomio para lograr una buena relación médico paciente y con ello ayudar al paciente en su proceso de salud-enfermedad.

En la actualidad, el mayor número de quejas por mala práctica médica se han vinculado con dificultades en la comunicación médico-paciente, por lo que existe una gran necesidad de mejorar las capacidades comunicativas del médico, con habilidad para otorgar buenas y malas noticias, siendo la comunicación entonces uno de los atributos interpersonales principales de los médicos, todo con el fin de facilitar la obtención de información fidedigna, completa y jerarquizada para el adecuado diagnóstico y tratamiento, todo ello con un espíritu humanista y las disposición para transmitir conocimientos y experiencias a los pacientes y a sus familiares. <sup>(32)</sup>

De acuerdo al grado de participación la relación médico-paciente se clasifica en los siguientes niveles <sup>(11)</sup>:

Nivel 1 "Actividad del médico y pasividad del enfermo": Es el tipo de relación que se produce en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por si mismo: situaciones de urgencia médica o quirúrgica, pacientes con pérdida o alteración de conciencia, estados de agitación o delirio agudo, etc. En estos casos, el médico asume el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. El prototipo de este nivel de relación sería el que se establece entre una madre y su recién nacido: relación madre-lactante.

Nivel 2 "Dirección del médico y cooperación del enfermo". Es el tipo de relación que tiende a darse en las enfermedades agudas, infecciosas, traumáticas, etc., en las que el paciente es capaz de cooperar y contribuir en el propio tratamiento. El médico dirige, como experto, la intervención adopta una actitud directiva, y el paciente colabora contestando a sus preguntas, dando su opinión, y realizando lo que se le pide. El prototipo de relación de nivel 2 sería el que se establece entre un progenitor y su hijo no adulto: relación padre-niño.

Nivel 3 "Participación mutua y recíproca del médico y del paciente". Es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones postoperatorias o postraumáticas, en las readaptaciones físicas o psíquicas, y en general en todas las situaciones, muy frecuentes en el mundo médico actual, en que el paciente puede asumir una participación activa, e incluso la iniciativa, en el tratamiento: Así en pacientes diabéticos, enfermedades cardíacas, enfermedades de la vejez, etc., el médico valora las necesidades, instruye y supervisa al paciente, que, a su vez, lleva a cabo el tratamiento por sí mismo, según lo programado, y con la posibilidad de sugerir otras

alternativas o decidir la necesidad y periodicidad de una nueva consulta. El prototipo de relación que establecen es el de una cooperación entre personas adultas: relación adulto-adulto.

Como parece lógico, no es que haya un nivel de relación mejor que otro, pero sí uno más adecuado para un determinado padecimiento o una situación clínica dada. Frecuentemente médico y paciente tendrán que modificar su actitud a lo largo de una misma enfermedad y adoptar uno u otro tipo de relación de acuerdo con lo que permitan o requieran las circunstancias. <sup>(11)</sup>

Se han descrito distintos modelos de relación médico paciente en función de la distribución del poder y responsabilidad del médico y del paciente, esta dependerá de las características del paciente y el tipo de situación clínica, esta es dinámica y los roles que asumen varían con el tiempo, sin embargo, sea cual sea el tipo de relación debe de hacerse énfasis en el respeto y participación mutua en la toma de decisiones sanitarias. El paciente ha ido adquiriendo autonomía, lo cual le ha permitido tener un rol protagónico en el cuidado de su salud. <sup>(25)</sup>

La relación médico-paciente en un sentido más práctico puede ser clasificada en las siguientes tres formas <sup>(12)</sup>:

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

La relación activo-pasiva es aquella que se establece con enfermos en estado de coma, o que se encuentran en una situación que no les permite establecer una relación más participativa, como es el caso del paciente con un edema agudo del pulmón.

La relación cooperativa guiada es la que se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento, como ocurre en algunas enfermedades agudas (neumonía, por ejemplo) y crónicas como la hipertensión arterial.

La relación de participación mutua, no sólo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad. <sup>(12)</sup>

Otra forma de entender la relación médico-paciente, propuesta por Tatossian, distingue dos tipos de relación según que la interacción establecida entre el médico y el enfermo sea directamente interpersonal o se halle mediatizada por el órgano enfermo.

1. El modelo interpersonal de relación. En donde el médico no sólo ve el órgano enfermo, sino la totalidad del paciente, lo somático y lo psíquico. La actitud del médico resuena sobre la del paciente, de modo que "se pasa de la medicina de una persona a la medicina de dos personas". Es la relación que se utiliza en psiquiatría y la medicina familiar.
2. El modelo técnico de servicio de la relación. La atención del médico se centra en el órgano "que no marcha bien" y el paciente adquiere connotaciones de cliente que solicita la reparación del mismo. Se trata de una relación más pragmática, operativa y



funcional, dirigida a la obtención de información sobre la alteración del órgano y el tipo de restauración que se pretende. Es el modelo de relación que caracteriza la práctica médica general y las especialidades médicas, y que, si se exagera, corre el peligro de ignorar la personalidad o incluso parcelar el cuerpo físico del paciente, tratando al órgano enfermo, como si de un auténtico objeto se tratara. (11)

El médico debe estar consciente que su relación profesional interpersonal con el paciente debe estar caracterizada por:

- El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto contenido social.
- La expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad.
- Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.
- Demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad.
- Requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de grandes potencialidades iatrogénicas. (13)

Independientemente del modelo de relación médico paciente de que se trate, es importante mencionar que dentro de la misma existen cuatro modelos de comunicación que le permiten establecer una buena relación con su paciente, dentro de estos se encuentran:

1. Modelo de las tres funciones del médico. Consiste en recolectar información, responder a las emociones y educar e influenciar la conducta del paciente para su mejor manejo.
2. Modelo clínico centrado en el paciente: hay comprensión del médico y del paciente acerca de los fundamentos comunes del problema y su manejo. El médico debe exigir y responder a los sentimientos, miedos y percepciones y expectativas del paciente. Se considera que cada paciente es único y el médico debe tener apertura hacia lo que este expresa, con compromiso bilateral.
3. Modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente: desarrollado a partir de la terapia familiar y la teoría general de sistemas, considera tres principios: a) que la familia significa el contexto más relevante que puede influir en la salud y en la enfermedad, b) que deja de ser válida la ilusión de una diada en la atención médica, para convertirse en un triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia, y c) que la mayoría de los desórdenes de salud son la resultante de interacción compleja de múltiples factores que el paciente se afecta a diferentes niveles y no sólo en el biomédico.

4. El modelo del autoconocimiento del médico: parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos, y servir de medio para ser más acorde a la experiencia del paciente. (32).

Resulta de suma importancia en la relación médico paciente tener en cuenta las características personales del médico y del paciente. Por parte del médico, es fundamental que conozca su carácter, sus debilidades, su nivel de información, hasta donde puede manejar una situación determinada y cuando debe recurrir a otro colega. Debe tomar en cuenta el gran significado profesional de su prestigio científico y social. (14)

Otros aspectos a tener en cuenta en esta relación son los objetivos que persiguen el médico y el paciente, el estado afectivo de ambos y la posición de cada uno. El médico como profesional por lo general es ubicado por el paciente en una posición de superioridad, por lo que el médico debe con su actuación equilibrar esta situación. Otro aspecto fundamental lo constituyen las vías de comunicación. Esta comunicación puede ser: verbal por medio de la palabra, la no verbal por medio de gestos, expresiones faciales, el tacto, sobre todo al realizar el examen físico y por último el instrumental utilizado como complemento.

González propone diferentes etapas en el curso de la entrevista médica, utilizando como modelo el encuentro en la consulta externa que puede ser extrapolada a cualquier otro sitio donde se realice la primera relación médico-paciente, con las variantes que requiere cada sitio (hospital, hogar, entre otros). Estas etapas son las siguientes:

- Recepción. Esta etapa, no utilizada con frecuencia, alcanza una extraordinaria significación, si se tiene en cuenta la angustia e inseguridad con la cual acude el paciente a este primer encuentro.
- Identificación. La toma de los datos de identidad conducida hábilmente permiten conocer elementos muy útiles sobre la personalidad del paciente y características sociodemográficas.
- Interrogatorio. Esta es la etapa más importante de la RMP.(13) El interrogatorio constituye uno de los aspectos más difíciles de la historia clínica y el que requiere más tiempo, capacidad y dedicación. Inicialmente el paciente expresará libremente su sintomatología sin interrumpirlo, salvo que se salga del hilo conductor, y siempre hacerlo con suavidad y delicadeza. En una segunda parte ya corresponde al médico precisar las características de cada síntoma y ordenarlos cronológicamente. (13)

Se trata de la etapa que requiere mayor tiempo y dedicación, el examen físico resulta también de suma importancia. Debe tener un orden sistemático, en privacidad, respetar el pudor del enfermo y por supuesto, dedicar el mayor tiempo al aparato u órgano que se sospeche sea él más afectado, sin dejar de examinar el resto de los sistemas.

Es deber del médico explicar las investigaciones a realizar y en caso de posibles riesgos pedir su consentimiento. Igualmente al comunicar sus resultados debe cuidar de sus manifestaciones verbales y no verbales que pueden ocasionar iatrogenia.

El último paso, que no por ser el último deja de ser importante, lo constituye la información al final de la consulta en el paciente ambulatorio y la reunión al alta en el caso del ingresado, donde debe explicarse con detalle cual es el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento evolutivo.

Tanto la información insuficiente como su exageración pueden ser causa de iatrogenia. Es importante recordar que uno de los objetivos del paciente es saber que tiene y cual es su pronóstico. Este es un aspecto muy delicado que el médico tiene que manejar con mucho tacto, teniendo en cuenta el tipo de enfermedad y la personalidad del paciente y hasta donde se puede llegar en la información. <sup>(15)</sup>

Se deben de fortalecer las habilidades de comunicación, sobre todo en el primer nivel de atención, las cuales podemos clasificar en tres rubros<sup>(32)</sup>:

1. Habilidades de comunicación básica: abrir y cerrar la entrevista, iniciar con pregunta abierta, obtener y cuestionar datos, organizar la entrevista, responder las emociones y necesidades dentro de la relación.
2. Habilidades de comunicación intermedia: manejo de la violencia, negociación para cambios de conductas indeseables.
3. Habilidades de comunicación avanzada: habilidad para dar malas noticias, historia espiritual del paciente, decisiones avanzadas, dilemas éticos, confrontación de pacientes con adicciones.,

En la actualidad la RMP es muy diferente a la que tenía lugar a principios del siglo XX, donde existían profundos vínculos afectivos entre el médico generalista de aquella época y sus pacientes y familiares, lo cual lo convertía en un verdadero líder en la comunidad donde ejercía. Hoy existen varias condiciones diferentes que han repercutido negativamente en esta relación, entre ellas, la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica. <sup>(16)</sup>

Esta situación ha convertido al paciente en un “comprador”, en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos “vendedores”; de benefactor tradicional se ha convertido prácticamente en un enemigo del paciente y de la familia.<sup>(13)</sup> Esta situación ha afectado profundamente la RMP, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica y facilitando la participación de abogados especializados en reclamaciones.

<sup>(17)</sup>

Otra condición que está interfiriendo negativamente sobre la RMP es el desarrollo tecnológico ocurrido en las últimas décadas, que ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico. Todos estos avances técnicos (la biotecnología, la inmunología molecular, la ingeniería genética, la imagenología) son de suma utilidad y de gran ayuda en el diagnóstico y tratamiento, pero nunca son ni serán sustitutos del método científico. <sup>(11)</sup>

Esta tecnificación moderna con su endiosamiento, promovida por intereses económicos está distorsionando por completo la RMP en sus aspectos fundamentales, a tal punto que algunos autores plantean que ya no es buena ni mala, sino que simplemente ha dejado de existir. Toda esta situación ha ido cambiando la habilidad de diagnosticar por la realización de procedimientos y técnicas no siempre necesarias, creando frustración y encono. (18)

En general podemos agrupar los principales sucesos que han contribuido al deterioro de la relación médico paciente:

- Tecnificación y especialización de la medicina, lo cual ha provocado deshumanización, contribuyendo también al desmembramiento del paciente en órganos y la pérdida de visión en conjunto, el adelanto tecnológico desvirtúa la vocación médica, así como la burocratización ha ido despersonalizando esta relación, debido a que se ha acortado el tiempo para crear un lazo afectivo con el paciente.
- El sistema médico se ha invadido por gestores, convirtiendo a la medicina en un mercado en donde se maximiza la relación costo efectividad y se presiona al médico a ser productivo, quitándole importancia a la calidad y priorizando la cantidad. (25)
- Judicialización de la medicina, es un acto importantísimo en el deterioro de una relación médico paciente, el temor a una complicación a someter al paciente a algunos procedimientos médicos delicados aleja al médico de su paciente cumpliendo con lo estrictamente necesario.(26) Ya que la sociedad y los pacientes están mucho más exigentes en reclamar responsabilidad legal a los médicos, preocupando a estos por cubrirse las espaldas. (26)
- Cambios sociales y características de los usuarios, ya que los pacientes están más informados, debido a que hay mayor acceso a información en los medios de comunicación, dando oportunidad a que incluso conozcan más acerca de las actualizaciones que algunos médicos. Se ha ido perdiendo el respeto hacia el médico, la medicina se encarece debido a solicitud de estudios y derivación a otros niveles de atención, debido a la exigencia de los pacientes ya que de lo contrario estos se encuentran insatisfechos con la atención médica y fomentando la desconfianza de nuestros pacientes, ya que no podemos equivocarnos ante sus ojos. (25).

Sin duda alguna la RMP es un elemento crucial para el manejo de los pacientes portadores de enfermedades crónico degenerativas como la Hipertensión Arterial.

“La relación médico-paciente ha sido, desde siempre, un factor de gran peso en la resolución de mal que aqueja a este último, porque es la que matiza, para bien o para mal, la conducta del médico y la respuesta del paciente” (30)

Hoy en día los pacientes desean un modelo de relación con sus médicos en el que los escuchen, empaticen con su situación, comprendan los problemas que enfrentan para seguir el tratamiento, les transmitan ánimos y adopten sus recomendaciones a las

circunstancias vitales y emocionales en cada paciente, desean que los médicos combinen competencia, humanidad y amabilidad con la finalidad de lograr una corresponsabilidad en el éxito del tratamiento. <sup>(9)</sup>

Por lo que para mejorar esta relación debemos de prestar atención en estos aspectos:

- Establecer simetría corporal, mirar a los ojos.
- Usar el nombre del interlocutor cada vez que se pueda, buscando establecer un vínculo de confianza y cercanía.
- Establecer contacto físico.
- Utilizar palabras claves con el interlocutor.
- Escuchar de manera activa y no interrumpir en momento emocional intenso.
- Usar apoyo gráfico.
- Énfasis en lo importante.
- Facilitar o anticipar el paso siguiente en el ciclo, qué es lo que sigue, donde tendrán que ir, etc.
- Centrar la atención en el estado del paciente y no en el médico.
- Considerar la pesadez o características del paciente como parte del síntoma o dolencia y no como un desafío o reacción frente a mi persona.
- Usar la historia del paciente en la argumentación.
- Jamás descalificar a otra área o aceptar elementos negativos de la institución.
- No dar la impresión de haber oído lo mismo antes.
- No demostrar desagrado o actitud defensiva. <sup>(26)</sup>

Identificando dos factores principales que dificultan la calidad de los encuentros clínicos: en primer lugar, la falta de tiempo (atendiendo a 3 pacientes cada 10-15 minutos, no se puede ser médico), en segundo lugar la presión, desorganización y ausencia de recursos específicos. <sup>(27)</sup>

Enfermedades Crónico Degenerativas:

Hoy en día las enfermedades crónicas representan la mayor parte de la morbimortalidad que ataca a la población mundial; como enfermedad crónica

entendemos a aquellas enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no puede ser prevista o bien esta podría no ocurrir, generalmente se habla de una duración mayor a seis meses, de tal forma resulta importante que el médico familiar reconozca el impacto que tiene la relación que establece con el paciente sobre el apego y consecuentemente con el control de las enfermedades crónicas. Al ser la relación médico paciente la piedra angular de la práctica médica.

La Hipertensión Arterial Sistémica se encuentra entre las enfermedades que tienen las tasas más elevadas de mortalidad a nivel mundial.

La Hipertensión Arterial constituye una de las principales causas de morbimortalidad en todo el mundo, tanto por los efectos que ella en sí produce como por constituir el principal factor de riesgo para la aparición de patologías como el Infarto Agudo del Miocardio, los Accidentes Cerebro Vasculares, Insuficiencia Renal Crónica, etc., además de que en estos pacientes se produce una curva de tolerancia a la glucosa alterada lo que predispone a la aparición de la Diabetes Mellitus con el consiguiente deterioro de la calidad de vida.

Dentro de las patologías crónicas no transmisibles la Hipertensión Arterial se considera la de mayor prevalencia e incidencia ya que alrededor del 15% de la población mundial está diagnosticada como hipertensa y se cree que cerca del 30% de la misma padece esta entidad y por diferentes motivos no están diagnosticados o presentan diagnósticos inconclusos.

Se registran en la Unidad de Medicina Familiar No 94 IMSS en el año 2011 un total de pacientes de 30,563 con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, de los cuales se reportan 8,143 hombres y 21,797 mujeres con una presentación mayor en rangos de edad de entre 60 a 64 años y 65 años y más, se registró una prevalencia de 95 casos de los cuales 43 de ellos corresponden al sexo masculino y 52 al sexo femenino.<sup>(23,24)</sup>, de los cuales solo 28,563 acuden a sus consultas mensuales, de ahí se podría deducir que los pacientes que no acuden a su consulta en forma mensual sea debido a una RMP de mala calidad, trayendo como consecuencia que el paciente no se sienta seguro de lo que su médico le indica o bien que no esta a gusto con el trato que se le da, esto a su vez provoca descontrol, en la patología, complicaciones, insatisfacción del usuario, entre otras .<sup>(23)</sup>

### **Antecedentes Científicos:**

Mira JJ, Aranaz J (2000), Se realizó un estudio en el cual contemplaba la satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria, el cual arrojó algunos de los motivos de queja más frecuentes entre los pacientes, de los cuales destacan problemas en el diagnóstico o en el tratamiento, resultados adversos o inesperados, competencia profesional juzgada insuficiente, demoras en admisión o retrasos injustificados de las pruebas diagnósticas, altas prematuras, sensación de que

no se progresa, inadecuada información o ausencia de la misma, informaciones incongruentes por parte de varios profesionales, no se respeta la confidencialidad o intimidad del paciente, falta de cortesía o trato rudo, percepción de maltrato por parte del paciente, dificultades de accesibilidad al médico, demoras o dificultades para obtener una cita, cambios injustificados de cita, no atender las llamadas de paciente, no mantener la continuidad del cuidado, esto se logró utilizando encuestas basadas en una estructura de respuesta tipo Likert que permite ordenar los sujetos en base a sus repuestas a lo largo de un continuo en favorable, desfavorable, incluyendo información sobre empatía, tipo y cantidad de información que se le preste al paciente y familiares, competencia técnica del personal sanitario, facilidades de acceso, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la asistencia y otras cuestiones sobre confort de las instalaciones, complejidad burocrática del sistema y costo del tratamiento, en dicho estudio se revisaron teorías, instrumentos, cuestiones metodológicas e implicaciones de la satisfacción del paciente en la evaluación y mejora de la actividad clínica. (20)

García TMA, (2007), Se realizó un artículo de revisión, en donde se evaluó la importancia de la relación médico paciente en la adherencia al tratamiento, en donde se mencionó que a los pacientes se les demanda que se mediquen, sigan dietas, introduzcan cambios en su estilo de vida, se sometan a exploraciones y control, así como que realicen ejercicio físico, terapias de relajación, etc, pero en muchas de ocasiones no se proporciona información sobre la importancia de seguir las prescripciones establecidas, lo que trae consigo una falta de adherencia o apego al tratamiento y previniendo un mayor número de complicaciones y gastos no solo para el paciente, sino para la sociedad, por lo que es importante que los gestores de la salud justifiquen de modo comprensible sus indicaciones, proporcione información suficiente sobre el estado de salud actual y la patología de los pacientes, motivando a los enfermos a llevar a cabo sus recomendaciones e incrementando el cumplimiento del tratamiento. (21)

En la contraparte, también sean realizados estudios en donde se ha valorado la percepción del médico acerca de la relación que se establece con sus pacientes, Facultad de Medicina de la UBA (2011) se realizó una revisión del portal Médico Intramed, "agresiones contra médico", y más del 50% de los médicos consultados reportaron haber sufrido algún tipo de agresión verbal o física significativa durante el ejercicio de su profesión. La burocratización de los servicios de salud ha contribuido a que haya listas de turnos agotadoras, con un tiempo tan breve frente al paciente que imposibilita establecer una relación médico-paciente adecuada. La consulta es el eslabón fundamental de la actividad asistencial del médico, las decisiones que en ella se toman marcan el destino de un paciente, por lo que la consulta requiere un tiempo para escuchar atentamente al paciente, un tiempo para examinarlo minuciosamente, un tiempo para redactar una historia clínica completa y un tiempo para explicar al paciente y los familiares su dolencia, el tratamiento que se debe instituir, los estudios por efectuar y

las perspectivas. Médicos y pacientes se han acostumbrado a consultas breves, lo cual ha fracturado la relación por ambas partes, ambos son víctimas de un replazo entre el binomio médico-paciente por el de prestador-cliente. Todos somos potencialmente pacientes cuando se encuentra comprometida nuestra salud, y deseamos ser atendidos por médicos con una sólida formación, con experiencia, con sentido común y tranquilidad espiritual, que le permitan tomar las mejores decisiones que contribuyen al bienestar de los pacientes. (22)

Campero CL (1990), realizó un estudio para evaluar la capacidad de comunicación de los médicos, casi la mitad de ellos eran pasantes en servicio social, el resto de base, concluyendo que en la mayoría de ellos se pudo advertir una deficiencia en su formación comunicativa, solo el 2.5% de los médicos saludaron al paciente, el 19% asignaban un lugar explícito al paciente, el 93.5% conducían la entrevista, solo el 6.5% de los casos dio tribuna libre, aproximadamente el 45% de los pacientes no conocieron la naturaleza de su enfermedad y por tanto el tratamiento, 85% no tuvo un adecuado cierre de la consulta.

(33)

El instrumento que será utilizado en este trabajo para evaluar la relación –médico paciente, será el CREM-P el cual es una adaptación del instrumento internacional Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ) que evalúa la calidad de la relación médico-paciente de Medicina Interna en condiciones de práctica clínica habitual. Se validó con la evaluación de 188 pacientes de 6 médicos especialistas de medicina interna de un Hospital Universitario de Madrid, capital, se recogieron información clínica y sociodemográfica y fue administrada la traducción española del cuestionario PDRQ. Los resultados indicaron niveles altos en fiabilidad, validez factorial y validez de contenido. Asimismo a partir de los resultados obtenidos en la literatura científica se procedió al estudio de la validez criterial utilizando como criterio externo la continuidad del cuidado. Los refrendan datos previos sobre la relación positiva entre la calidad de la relación médico-paciente y continuidad del cuidado. El cuestionario final obtenido (CREM-P) de 9 items se muestra como un instrumento fiable, válido y de fácil realización, diseñado para permitir la evaluación tanto en contextos clínicos como de investigación. Permite evaluar la accesibilidad del médico, la calidad de la atención, el grado de satisfacción del paciente y la comunicación dentro de dicha relación, todo desde el punto de vista del paciente. Este cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 5 puntos desde 1: nada apropiado a 5: totalmente apropiado. (35)

## **Planteamiento del problema**

Dentro de las relaciones humanas, la relación médico-paciente es una de las más complejas e intensas, ya que tanto paciente como médico dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico. Es una interacción entre personas que tiene su origen en el quehacer clínico y constituye el



núcleo fundamental de la medicina y el aspecto primordial es la comunicación establecida dentro de ella.

A través de los años se han realizado diversos estudios que comparan la atención de pacientes con enfermedades crónicas por los médicos especialistas y un equipo multidisciplinario versus la atención proporcionada por los médicos familiares o bien de primer contacto concluyendo en su mayoría que la atención por un equipo multidisciplinario cumple de mejor forma con los lineamientos recomendados para el control de dichos pacientes. Por tal motivo, el manejo debe consistir en reconocer que en lugar de un enfoque vertical en el que el médico indica y el paciente obedece pasivamente, en un enfoque horizontal, así como apoyo idealmente multidisciplinario, no en un enfoque vertical en el que el médico indique y el paciente obedezca pasivamente, apoyándonos de las redes sociales de apoyo con que nuestros pacientes cuentan. Teniendo en cuenta que la comunicación que existe entre el médico y el paciente determina en importante grado el éxito y el tipo de relación que se da entre el médico y el paciente.

A nivel mundial la hipertensión arterial sistémica se encuentra dentro de los principales motivos de demanda de consulta en medicina familiar; específicamente en la UMF 94 en el 2010 las consultas por HAS fueron de 47,352, ocupando uno de los primeros sitios en las tasas de morbimortalidad, en el 2010 HAS 345.

Acudiendo un gran número de nuestros pacientes a recibir atención médica inmediata a HGZ no. 29 por descontrol y/o complicaciones de dichos padecimientos, lo cual trae consigo un decremento ponderal en la calidad de vida de nuestros pacientes y a nivel institucional aumento en el costo de su atención.

Por lo que es importante establecer una relación médico-paciente de calidad, que nos de la oportunidad de incidir en nuestros pacientes para lograr el apego al tratamiento y con ello el control de sus patologías.

Teniendo en cuenta que la relación médico paciente es la piedra angular de nuestra práctica médica surge la siguiente interrogante:

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de la relación médico-paciente en portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 94. ?

### **Justificación:**

La Hipertensión Arterial se ha convertido en un verdadero problema de salud pública, debido a que representa un porcentaje importante de las causas de morbimortalidad no solo en nuestra unidad, ni en nuestro país, sino en el mundo entero, también es cierto que son temas en los que mucha gente ha invertido conocimientos, tiempo y dinero en estudiar, y aunque ya tenemos infinidad de información sobre factores de riesgo, fisiopatología, tratamiento, complicaciones y pronóstico; desgraciadamente la gente sigue muriendo a causa de este gran mal.

Motivo por el cual resulta de vital importancia identificar la calidad de la relación médico-paciente ya que al identificarla podríamos mejorar el apego terapéutico y con ello sin duda mejoraríamos la calidad de vida de estos pacientes y disminuiríamos los costos que a nuestro país y a nuestras instituciones le genera el mantenimiento de estas patologías. Ahora bien existen un sin fin de factores que contribuyen a la falta de apego al tratamiento y por lo tanto promueven el descontrol de nuestros pacientes, uno de los principales es la fractura de la relación médico paciente, hemos olvidado que esta es la piedra angular dentro de nuestra práctica médica, ya que no solo nos permitirá realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados, sino que nos permitirá influir de manera positiva o negativa para que el paciente siga nuestras indicaciones.

Dentro de las patologías crónicas no transmisibles la Hipertensión Arterial se considera la de mayor prevalencia e incidencia ya que alrededor del 15% de la población mundial está diagnosticada como hipertensa y se cree que cerca del 30% de la misma padece esta entidad y por diferentes motivos no están diagnosticados o presentan diagnósticos inconclusos.

Por lo el presente estudio pretende determinar cuál es la calidad de la relación médico-paciente ya que esta puede influir de manera positiva en nuestros pacientes, para lograr un mayor apego terapéutico y con ello disminuir la aparición de complicaciones propias de la enfermedad. De tal manera que se puedan implementar programas educativos destinados a mejorar la calidad de comunicación de los profesionales médicos, ya que a lo largo de nuestra formación académica nadie nos enseña como tener una adecuada relación médico paciente o bien como lograr esa adecuada comunicación que nos permita influenciar a nuestros pacientes para lograr un mejor control.

## **Objetivos:**

### **Objetivo general:**

Evaluar la calidad de la relación médico-paciente en portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 94.

### **Objetivos específicos:**

Identificar La dimensión más afectada en la relación médico-paciente en portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 94.

Identificar la opinión del paciente en cuanto a su satisfacción en el trato con su médico tratante en portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 94.

## **Hipótesis:**

No necesaria por ser un estudio descriptivo.

**Identificación de variables:** (ver anexo 1)

Variable de estudio: Calidad de la relación médico-paciente en portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 94.

Universales.

Edad.

Genero.

Estado civil.

Escolaridad.

### **Diseño del estudio**

Observacional, descriptivo y trasversal.

### **Universo de estudio.**

Pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica.

### **Población de estudio**

Pacientes portadores de Hipertensión Arterial Sistémica derechohabientes del IMSS.

### **Muestra de estudio**

Pacientes portadores Hipertensión arterial sistémica, derechohabientes del IMSS, adscritos a la UMF 94.

## **DETERMINACION ESTADISTICA TAMAÑO DE MUESTRA.**

Considerando una población total de 30,563, pacientes hipertensos, con una prevalencia esperada del 15% un peor esperado del 1% y un nivel de confianza del 90%, mediante el empleo de la fórmula para poblaciones finitas:

$$\text{Tamaño muestral} = Nz^2 pq / (i^2 (n-1) + z^2 pq)$$

Se obtuvo una muestra de 100 pacientes.

### **Tipo de muestreo.**

Por casos consecutivos, sin reemplazo.

### **Criterios de selección de muestra:**

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica
- Edad de 40-60 años
- Ambos géneros
- Pacientes que acudan a sus citas de control de manera regular
- Ambos turnos
- Pacientes que acepten participar en el proyecto de investigación, previa firma de consentimiento informado y que contesten de manera completa el instrumento.

**Criterios de no inclusión:**

- Pacientes que no sean derechohabientes del IMSS
- Pacientes que no sean portadores de Hipertensión Arterial Sistémica.
- Pacientes que no acudan a sus citas de manera regular

**PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA**

El alumno del curso de especialización de Medicina Familiar con ayuda de la asistente médica, durante los meses de noviembre a diciembre de 2012, buscara en la agenda electrónica los días en que los pacientes con dicho diagnóstico que tengan cita mensual para su control contactará a pacientes hipertensos, posteriormente el residente involucrado en el estudio localizará a los candidatos en la fecha y horario de su cita para invitarlos a participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

En un horario de 8 a 20 hrs, cuando acudan a su cita mensual, se les aplicará cuestionario que evaluará la calidad de su relación con su médico tratante. Se les aplicará el instrumento para dicho fin.

**PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION (ver anexo 2 )**

Una vez que el paciente haya aceptado participar en el estudio, y previa firma del consentimiento informado, el residente elegirá un lugar tranquilo en la sala de espera para aplicar el instrumento: Análisis factorial del patient-doctor relations hip questionnaire version de 9 preguntas (pdrq-9) El instrumento permite cuantificar de forma implícita la opinión del paciente en cuanto a comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento y Analiza varias dimensiones:

Con un máximo de 20 puntos para la dimensión de comunicación, de 10 para la de satisfacción y de 20 para la de accesibilidad, con un total de 50 puntos.

Para la dimensión de comunicación y accesibilidad se evalúa de la siguiente manera: 1 a 11 como poca comunicación, 12 a 16 regular y 17 a 20 buena comunicación.

Para la dimensión de satisfacción: de 1 a 5 como poco satisfecho, de 6 a 8 regularmente satisfecho, y de 9 a 10 satisfecho.

**ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACIÓN.**

Para el manejo de variables universales se propone estadística descriptiva con determinación de porcentajes y para determinar la calidad de la relación médico-paciente será a través de los resultados que arroje el instrumento, determinado por porcentajes y representado por medio de cuadros y figuras con ayuda del programa estadístico SPSS V 20

**PROGRAMA DE TRABAJO**

- Selección del tema a investigar
- Investigación bibliográfica
- Construcción de Protocolo
- Solicitud de registro de protocolo

- Integración de la muestra
- Recolección de la información
- Elaboración de la base de datos
- Análisis de los resultados
- Elaboración de tesis y escrito médico

## RECURSOS

Humanos: Investigadores involucrados

Físicos: Instalaciones de la UMF

Materiales: Artículos de papelería

Tecnológico: Equipo de cómputo

Financieros: Aportados por el Investigador.

## DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

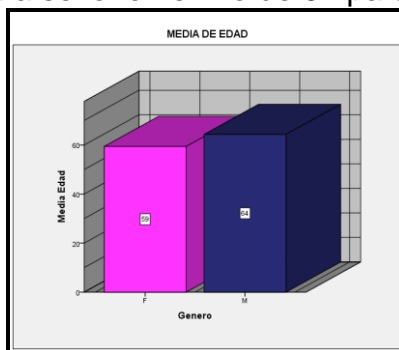
El presente trabajo se proyectará como sesión médica de la unidad y en artículo de revista médica indexada.

## ASPECTOS ÉTICOS (Ver consentimiento informado)

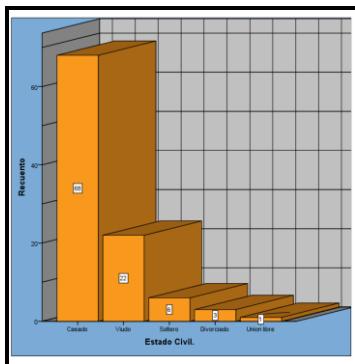
En la elaboración de este proyecto se considerarán los fundamentos éticos internacionales (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud Ginebra 2002) y nacionales (Ley de salud e instructivos del IMSS) vigentes en materia de investigación humana. Este trabajo se considera de riesgo mínimo y se cubrirán los requisitos de confidencialidad, privacidad, se realizará una revisión del expediente clínico de los pacientes participantes y se utilizará el consentimiento informado y la participación libre y voluntaria, respetando la autonomía de la participante, así como de los médicos tratantes que estén involucrados en la atención de salud primaria de los pacientes participantes.

## RESULTADOS

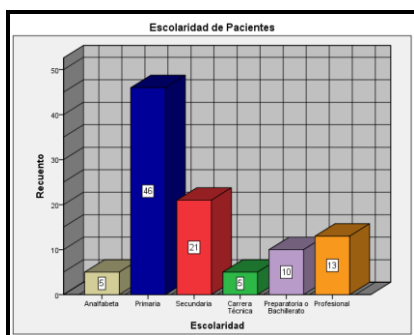
Se entrevistó a un total de 100 paciente portadores de Hipertensión Arterial Sistémica que acude de manera regular a recibir atención médica en la UMF NO 94, de los 100 participantes, 68 de ellos fueron del sexo femenino y 32 del sexo masculino, siendo la media de edad de 59 años para sexo femenino de 64 para el sexo masculino.



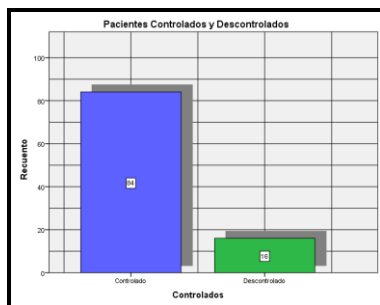
En cuanto a el estado civil 68% casados, 22% viudos, 3% divorciados, 6% solteros y 1% unión libre.

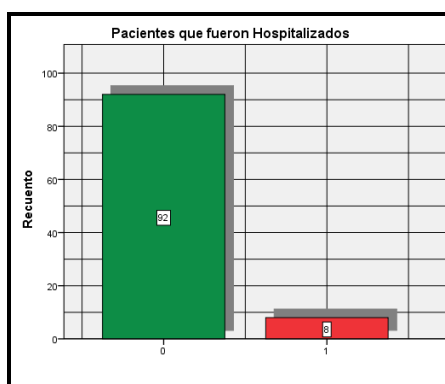
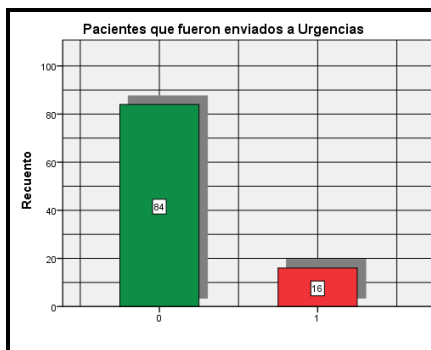


La escolaridad el 5% eran analfabetas, 46% con educación primaria, 21% educación secundaria, 5% carrera técnica, 10% preparatoria o bachillerato, y solo el 13% educación profesional.



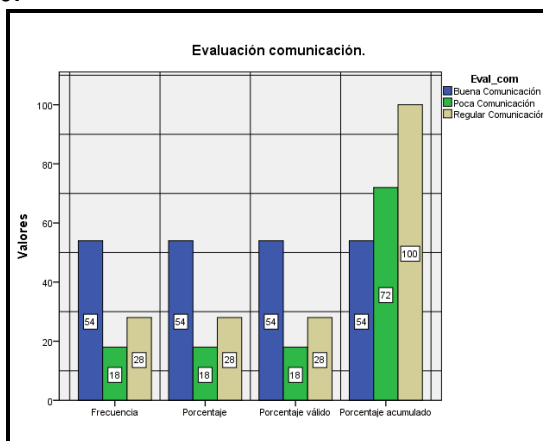
Del 100% de los pacientes, el 84% de ellos se encontraban controlados de su padecimiento crónico, y solo el 16% descontrolados, del total, el 84% no han ameritado acudir al servicio de urgencias, lo cual significa que han logrado el control de sus padecimientos acudiendo de manera regular a sus consultas con sus médicos familiares y teniendo apego al tratamiento otorgado por estos, y solo el 16% no lograron su control, requiriendo ir al servicio de urgencias para control de sus cifras tensionales, 8% de ellos ameritando hospitalización para control de sus cifras tensionales y 92% no ameritaron hospitalización.

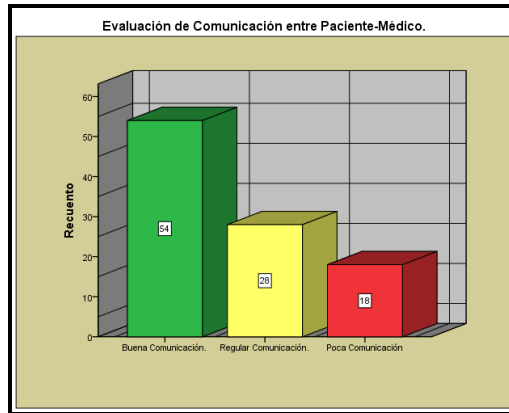




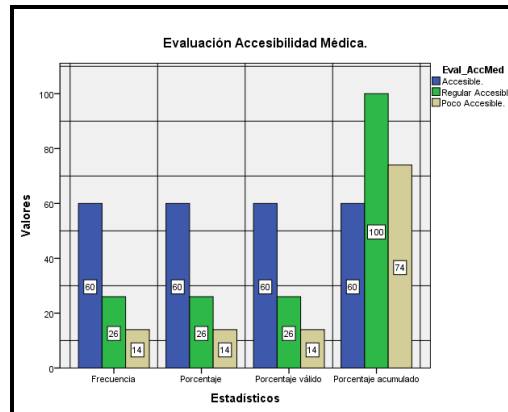
Se evaluó la calidad de la relación médico-paciente en portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 94, desde tres aspectos fundamentales:

1. Comunicación Médico –paciente: Se evaluó la comunicación que estos 100 pacientes tenían con sus médicos de consultorio, la cual de acuerdo al instrumento se clasificó en buena comunicación 54%, regular comunicación 28%, poca comunicación 18%.



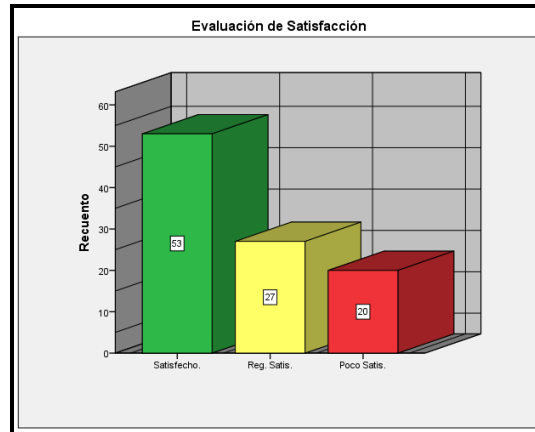


2. La accesibilidad del médico hacia el paciente: 60% de los pacientes concluyeron que sus médicos son accesibles con ellos, regularmente accesibles el 26%, y poco accesibles el 14%.



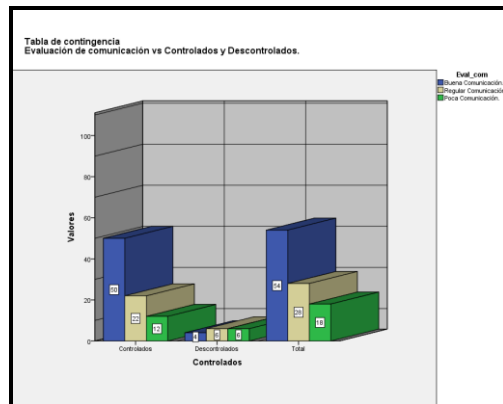
3. El grado de satisfacción que tenían los pacientes de acuerdo a la calidad de la atención médica que recibieron, resultando satisfactoria para un 53% de los pacientes, regularmente satisfactoria para un 27% y poco satisfactoria para un 20%.





Se hizo una comparación entre los paciente controlados y no controlados, con la finalidad de establecer la importancia de la relación médico paciente en el control de las patologías de los pacientes, evaluando comunicación, accesibilidad, y grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

En cuanto a la comunicación se encontró que de los pacientes controlados el 50% tiene una buena comunicación, y de los descontrolados únicamente el 4% la tienen, regular comunicación en los controlados 22%, descontrolados 6%, y poca comunicación controlados 12% y descontrolados 6%.



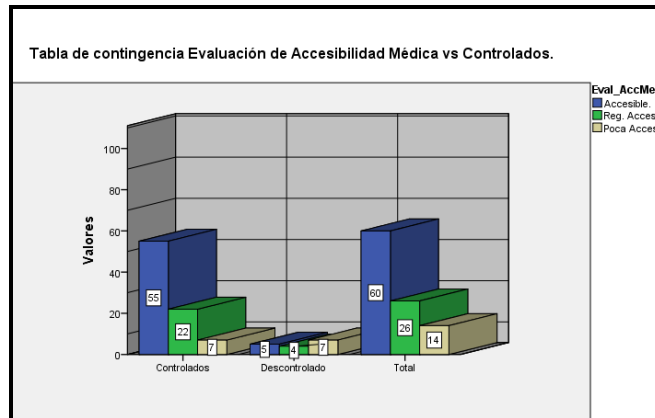
### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.604 <sup>a</sup>	2	.022
Razón de verosimilitudes	7.405	2	.025
N de casos válidos	100		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada

**inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.88.**

La evaluación de la accesibilidad del médico con los paciente dio como resultado que en los paciente controlados, su médico era accesible en un 55%, regularmente accesible en un 22% y poco accesible en un 7%, mientras que en los descontrolados sus médicos eran accesibles en un 5%, regularmente accesibles en un 4% poco accesibles en un 7%.

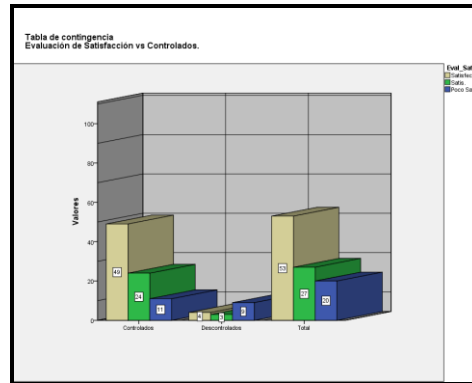


### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>14.673<sup>a</sup></b>	<b>2</b>	<b>.001</b>
<b>Razón de verosimilitudes</b>	<b>11.781</b>	<b>2</b>	<b>.003</b>
<b>N de casos válidos</b>	<b>100</b>		

**a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.24.**

La evaluación del la satisfacción de la atención médica de los pacientes controlados reportaron poca satisfacción en un 11%, regular satisfacción en un 24%, y satisfechos en un 49% y en los descontrolados, 9% poca satisfacción, 3% regular satisfacción y 4% satisfechos.



### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>15.813<sup>a</sup></b>	<b>2</b>	<b>.000</b>
<b>Razón de verosimilitudes</b>	<b>13.209</b>	<b>2</b>	<b>.001</b>
<b>N de casos válidos</b>	<b>100</b>		

**a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.20.**

### ANALISIS DE RESULTADOS

La buena relación de los médicos con sus pacientes contribuye a lograr el control de las cifras tensionales de dichos pacientes, ya que el hecho de el médico sea accesible, y haya una buena comunicación de los médicos con los pacientes, contribuye a que estos últimos sigan las indicaciones del manejo médico integral, con la finalidad de que ellos adquieran el compromiso que tiene con su estado de salud y así se logre el control de sus padecimientos crónicos, de tal manera que el médico logre su propósito de restablecer el estado biopsicosocial del paciente y el paciente se vaya satisfecho con la calidad de la atención recibida por parte de sus médicos.

- Total de Hipertensos adscritos a la UMF 94: 30,563
  - Hombres: 8,143 y Mujeres: 21,797
- Edad predominante; mayores de 60 años.
  - De acuerdo al estudio realizado podemos decir que los pacientes mayores tuvieron un mejor control de su patología, ya que el 68% de los pacientes controlados eran mayores de 55 años.
- En cuanto al estudio realizado podemos decir que los del total de pacientes controlados:

- Las que lograron tener una mejor control fueron las mujeres, ya que del total del pacientes controlados, el 80% fueron mujeres, en contraste con solo 20% hombre.
- Influyendo también el estado civil, ya que el 40% de los pacientes controlados eran casados y de este porcentaje el 30% eran madres con hijos menores de 15 años.
- Refiriéndonos a la escolaridad podemos decir que el 60% de los pacientes controlados tenían menos de educación profesional. (5% analfabetas, 45% primaria, 10% secundaria), esto podría estar en relación a que en la actualidad, los medios de comunicación permiten que el paciente este más informado, y se plantee más interrogantes en cuanto al manejo integral de su médico, y por lo tanto, no tenga un adecuado apego al tratamiento.
- Haciendo una comparación con el estudio realizado en 1990 por Campero CL, en donde se evaluó la comunicación de los médicos, podemos decir que en aquel estudio el 2.5% de los médicos saludaban al paciente, mientras que en el estudio actual se encontró que solo en 40% saludaba al paciente. En cuanto a la asignación de un lugar específico para el paciente en el estudio previo 19% asignaban el lugar, mientras que en este estudio se encontró que ningún médico asigna el lugar al paciente, dando por hecho que el paciente ya sabe cuál es el lugar que le corresponde.

En el estudio previo el 95,3% conducía la entrevista y sólo el 6.5% dio tribuna libre, mientras que en el actual el 55% conducía la entrevista y solo el 20% daban tribuna libre.

De los pacientes entrevistados el 85% no conocían la naturaleza de su enfermedad, en el estudio previo 45% no la conocía, y por lo tanto no conocen el porqué de su tratamiento.

Y finalmente en cuanto al cierre de la entrevista, en el estudio previo el 85% no tuvo un adecuado cierre de la entrevista, y en el actual 90% no tuvo un adecuado cierre de la entrevista.

Concluyendo que aún hay muchos aspectos por resolver en la relación médico paciente, que con el avance tecnológico hemos olvidado la importancia de fortalecer los lazos con nuestros pacientes, que nos permitan crear un vínculo tan importante que nos de la pauta de influir de manera positiva en el estado de salud de nuestros pacientes y de sus familias logrando el fortalecimiento de la medicina preventiva y con ello la aparición de más pacientes portadores de enfermedades crónicas, o bien retardar la aparición de complicaciones en aquello que ya las tienen.

En la actualidad el médico se ha ido institucionalizando debido a diversos factores como la Tecnificación y especialización de la medicina, incorporación de gestores dentro de la medicina que nos piden productividad, sin importar calidad en la atención médica, así también los medios de comunicación y la mala información que en ocasiones llega a nuestros pacientes, a influido para que la medicina actual se haya convertido en medicina defensiva en donde los médico intentan cubrir sus espaldas con la finalidad de cometer errores que contribuyan a que se vea involucrado en problemas legales, mientras que los pacientes intentan en varias ocasiones con alevosía y ventaja culpar a

los médico por el inadecuado control de sus padecimientos. Por lo que las organizaciones deberían comprender que mientras se brinde una atención médica de mayor calidad, que no esté relacionada directamente con la cantidad, podrían lograr el mejor control de nuestros pacientes, y así también podrían realizar una mejor exploración, diagnóstico y por lo tanto manejo integral de mejor calidad y con calidez

## **CONCLUSIONES**

De tal manera que podemos concluir diciendo que la calidad de relación médico paciente influye de manera positiva en lograr el control de los padecimientos crónicos de los pacientes, en este caso hablamos específicamente de los pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica, ya que los pacientes controlados, refirieron una buena relación con su médicos y esto se vio reflejado en el control de sus cifras tensionales. Mientras que en los pacientes descontrolados, se vio reflejada en general una mala relación con los médicos de su consultorio.

Los pacientes que se encuentran controlados de su patología, en general mencionan se encuentran satisfechos con la atención recibida de sus médicos, en un 49%, mientras que los descontrolados únicamente se encuentran satisfechos en un 4%.

Los tres aspectos de la relación médico paciente evaluados en este trabajo se ve afectados, yendo entre un 49-50% contra un 5-25%, por lo que hay que reforzar los tres aspectos de la relación, con la finalidad de lograr un mayor control de los padecimientos crónicos de nuestros pacientes.

## **DISCUSIÓN**

La investigación contempla el estudio de una de las enfermedades crónicas que por sus altas tasas de morbilidad representan un problema de salud pública en el ámbito mundial, y del descontrol de las cifras tensionales, que es uno de los aspectos que el médico familiar se enfrenta día a día. Por las características del estudio era de esperarse o mejor dicho predecible el hecho de que a mejor calidad en la relación médico paciente se lograría un mejor control del padecimiento crónico de los pacientes de este estudio, sin embargo, lo que no resulta predecible es que si sabemos que esta relación en la piedra angular en el acercamiento con nuestros pacientes y en el control de los mismos, no trabajemos en lograr que esta relación sea lo más satisfactoria posible para ambos participantes, dejando de lado nuestro lado humanístico.

Es un hecho sabido que la relación médico paciente contribuye a la adherencia terapéutica que a su vez está relacionada con el control de los pacientes en cualquier entidad mórbida, incluso en salud el sujeto debe adherirse a un régimen de cuidados y mantenimiento de la misma. Por lo que debemos fortalecer esa piedra en la práctica médica, para con ello contribuir a mejorar el estado de salud de cada uno de nuestros pacientes.

## **SUGERENCIAS**

- Crear talleres de médicos familiares que contribuyan aun más a desarrollar más el lado humanístico del médico que influya de una manera positiva a mejorar la relación de los médicos con sus pacientes con la finalidad de que podamos

contribuir al mejor control de los padecimientos de nuestros pacientes y con ello disminuir o prolongar la aparición de las complicaciones y a su vez, disminuir los costos de los servicios de salud.

- Construcción y validación de un instrumento que permita determinar las áreas más afectadas en la relación de los médicos con sus pacientes, de tal manera que podamos incidir directamente en ellas y mejorar dicha relación.
- Construcción y validación de un instrumento que identifique las actitudes de los pacientes respecto a su relación con sus médicos familiares.
- Dar pláticas entre los médicos familiares que nos permita encontrar estrategias que nos den pautas para mejorar la relación con nuestros pacientes y lograr ser un equipo multidisciplinario en el cual nos apoyemos mutuamente para lograr la mejoría clínica de nuestros pacientes.

## ANEXOS

### ANEXO 1 Cuadro de Variables

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA
<b>VARIABLE DE ESTUDIO.</b>						
Calidad de la relación médico paciente en portadores de hipertensión arterial sistémica	Es aquella relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional, es la interacción que se establece entre el médico y el paciente durante el curso de la enfermedad.	Percepción del paciente, después de su consulta.	Comunicación vernal, no verbal, organización, tribuna libre, interrogatorio dirigido, exploración física, diagnóstico, atención al paciente.	cuantitativa	ordinal	Escala Likert 1-5. 1= nada apropiado, 5= totalmente apropiado
<b>VARIABLES UNIVERSALES</b>						
Edad	Tiempo de vida transcurrido de un individuo a partir de su nacimiento expresada en años	Años cumplidos hasta la fecha del estudio	NN	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos.
Genero	Diferencia física y constitutiva observadas en el hombre y de la mujer	Características fenotípica del participante	NN	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino

Estado civil	Condición de una persona en cuanto a las relaciones de familia, nacimiento, filiación, matrimonio y defunción	Condición de relación expresada por el paciente	NN	Cualitativa	Categórica	Soltero Casado Viudo Unión libre
Escolaridad	Periodo de tiempo medido en años durante el cual alguien ha asistido al escuela	Ultimo año escolar cursado en un sistema escolar formal expresado por el participante	NN	Cualitativa	Categórica	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria completa Secundaria incompleta Bachillerato Licenciatura

( Anexo 2)

**INSTRUMENTO: ANÁLISIS FACTORIAL DEL PATIENT-DOCTOR RELATIONS HIP QUESTIONNAIRE VERSION DE 9 PREGUNTAS (PDRQ-9)**

	PREGUNTA	1	2	3	4	5
1	Mi médico me ayuda					
2	Mi médico tiene suficiente tiempo para mi					
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 de3 mi médico					
9	Siento a mi médico fácilmente accesible					

1. No es del todo apropiado
2. De alguna manera apropiado
3. Apropiado
4. En su mayor parte apropiado
5. Totalmente apropiado

El instrumento permite cuantificar de forma implícita la opinión del paciente en cuanto a comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento.

Analiza varias dimensiones:

Con un máximo de 20 puntos para la dimensión de comunicación, de 10 para la de satisfacción y de 20 para la de accesibilidad, con un total de 50 puntos.

Para la dimensión de comunicación y accesibilidad se evalúa de la siguiente manera: 1 a 11 como poca comunicación, 12 a 16 regular y 17 a 20 buena comunicación.

Para la dimensión de satisfacción: de 1 a 5 como poco satisfecho, de 6 a 8 regularmente satisfecho, y de 9 a 10 satisfecho.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DF.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94  
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:  
**“Calidad de la relación médico-paciente en portadores de hipertensión arterial sistémica de la UMF 94” Registrado ante el Comité Local de Investigación No. \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_ El objetivo del estudio Identificar la calidad de la relación médico-paciente en portadores de hipertensión arterial sistémica de la UMF 94 .

\_\_\_ Se me ha explicado que mi participación consistirá en: llenar un cuestionario en el cual se evaluara la relación médico-paciente establecida con mi médico familiar, así también se podrá acceder a mi expediente clínico con la finalidad recolectar cualquier información necesaria.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

Riesgo: Ninguno.

Inconvenientes: No saber leer y/o escribir.

Beneficios: Recibiré un informe verbal de mi resultado.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en el momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo el IMSS.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial.

Dra. ESTHER AZCARATE GARCIA. 99362280

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

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Testigo

Número telefónico para comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio comunicarse con la Dra. Esther Azcárate García al tel. 5767 29 77 ext. 2140

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	MA R- JU N 201 1	JU L- DI C 20 11	ENE RO 2012	FE B 20 12	MA R 20 12	AB RIL 201 2	MA YO 201 2	JU N 20 12	JU L 20 12	AGO ST 2012	SE P 20 12	OC T 20 12	NO V 20 12	DI C 20 12	ENE RO 2013
Seminari o de investiga ción		P													
		R													
		R													
Búsqued a bibliográ fica		P	P		P			P							
		R	R		R			R							
Realizac ión de marco teórico										P		P			
										R		R			
Solicitud de revisión por el CLIS													P		
													R	R	R
Recolec ción de la muestra													P		
														R	
Análisis de resultad os														P	R
Difusión de la investiga ción															P

## BIBLIOGRAFIA

1. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 14ª edición, Ediciones Harcourt S.A. 2000: 2502-2565; 8829-8950.
2. Dagogo JS; Diabetes Mellitus y trastornos relacionados. En: McGraw Hill Interamericana, El Manual Washington de Terapéutica Médica, 30ma edición, Department of Medicine Washington university Scholl of medicine St. Louis, Missouri, Mc Graw Hill interamericana, Lippincott Williams asn wilkins, 2001, pp 455-470.
3. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Guía de práctica clínica, IMSS 2003
4. Guía de diagnóstico y tratamiento de la presión arterial “de la teoría a la práctica”  
Enrique Ruiz Mori, Luis Segura Vega, Jorge Rodríguez Montes de Oca
5. Rubio TA; Crisis Hipertensiva en: McGraw Hill Interamericana editores, S.A. de C.V. Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos en Urgencias, 5ta edición, McGraw Hill, México; 2006; 52-55.
6. Escorcía S; Urgencias en diabetes Mellitus en: McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. de C.V. Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de urgencias, 5ta edición, MCGraw Hill, México; 2006; 228-238
7. Bartolomei S. Aranalde G. Keller L.En: Manual de Medicina Interna, Cálculos, scores y abordajes, 2da edición, Rosario-Argentina, 2010; 41-44, 135-152.
8. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n6/v28n602.pdf>
9. Escudero MJ, Prieto MA, Fernández I, March JC. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo I. Aten primaria, 2006;38(1):8-18
10. Durán VBR, Rivera CB, Franco GE. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2. Salud Pública Méx, 2001;43:233-236.
11. Carrera JM. Evolución de la relación médico paciente. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires;2006.
12. Borroto CR, Aneiros RR. La comunicación humana y la actuación profesional de la práctica clínica. Bol Ateneo Juan Cesar García. 1996:4;35-55

13. González MR. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2004.
14. González MR. La psicoterapia en nuestro medio: un criterio y algunas experiencias. Rev Hosp Psiqu La Habana. 1984;24:167-78.
15. Beaumier A, Bordoge G, Saucier D, Turgeon J. Nature of the clinical difficulties of first year family medicine residents under direct observations. Can Med Assoc J. 1992;146:489-97.
16. Fábregues G. Manual del Paciente Hipertenso.
17. Lama A. La relación médico paciente y las escuelas de medicina. Rev Med Chile. 1998;126:1405-6.
18. Burbinski B, Nasser M. Reflexiones acerca de las relaciones médico-paciente. Arch Argent Pediat. 1990;97(11):43-6. Muños R, Eist H. People vs. Managed Care. Washington DC: Alliance Care; 2000.
19. Quintares HA, López G, Curbelo SV, Montano LJA, Machado LP, Quirantes MA. La Calidad de la Vida del paciente diabético. Rev Cubana MedGen Integr 2000;16(1):50-6.
20. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica 2000;114 (Supl 3):26-33
21. García TMA. Relación Médico Paciente: adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. Abril; 2007.
22. Relación médico paciente, en crisis, Medicina defensiva, medicina evasiva y médico sin tiempo para el paciente. La Nación. Facultad de Medicina de la UBA.
23. ARIMAC UMF 94
24. DIAGNÓSTICO DE SALUD 2011 UMF 94
25. Bascuñán RM, Cambios en la relación médico paciente y nivel de satisfacción de los médicos, Rev Méd Chile 2005;133:11-16

26. Braghetto MI, Baronti CP, Relación paciente-médico. Una alianza que fomenta la calidad, Rev. Chilena de Cirugía, Vol. 59, No: 5, Octubre 2007, págs. 385-392.
27. Girón M, Beviá B, Medina E, Simón PM, Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales, Revista española de Salud pública, Septiembre-Octubre, Vol. 76, número 5, Ministerio de sanidad y consumo, España, pp 561-575.
28. Morrison RA, Hipertensión, McGraw Hill interamericana, El Manual Washington de Terapéutica Médica, 30ma edición, Department of Medicine Washington university Scholl of medicine St. Louis, Missouri, Mc Graw Hill interamericana, Lippincott Williams and Wilkins, 2001, pp 76-93.
29. Durán VBR, Rivera CB, Franco GE; Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, Salud Pública Mex 2001;43:233-236.  
<http://www.insp.mx/salud/index.html>
30. Ruiz DJR; la relación médico-paciente; ¿una necesidad olvidada?; Ginecol Obstet Mex 2006; 74: 429-34.
31. Libros virtuales intramed. [www.intramed.net](http://www.intramed.net)
32. Hernández, TI, et al.; importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar, 2006, Archivos en Medicina Familiar, Vol. 8 (2) 137-143
33. Campero CL; Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: El caso de Oaxaca, México. Salud Pública Mex 1990; 32 (2): 199-204.
34. Ríos AMC, et al; Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2, Revista de endocrinología y nutrición, vol. 19, No. 4, Octubre-diciembre 2011, pp 149-153  
[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
35. Mingote AJC, et al.; Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P), Actas Esp Psiquiatr 2008; 36(9):00-00

## **Calidad de la relación médico-paciente en portadores de Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 94.**

Azcarate, G. E.<sup>1</sup>      Hernández T. I.<sup>2</sup>      Guzmán R. L. M.<sup>3</sup>

**RESUMEN:** El control de los pacientes portadores de Hipertensión Arterial constituye uno de los retos terapéuticos más importantes que en la actualidad enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial, ya que estos producen las tasas más elevadas de mortalidad, además. El descontrol de estos pacientes se ve relacionado con la falta de apego a los tratamientos establecidos por los médicos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, lo cual a su vez en ocasiones se ve directamente influido por una relación médico-paciente inadecuada.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de la relación médico-paciente en portadores de Hipertensión arterial sistémica de la UMF 94.

**Material y métodos:** Con una muestra de 100 pacientes, el residente aplicara el instrumento: Análisis factorial del patient-doctor relationship questionnaire versión de 9 preguntas (pdrq-9) Este permite cuantificar la opinión del paciente en cuanto a comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento y Analiza varias dimensiones: Con un máximo de 20 puntos para la dimensión de comunicación, de 10 para la de satisfacción y de 20 para la de accesibilidad, con un total de 50 puntos.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad en la relación médico-paciente, Hipertensión arterial. .

<sup>1</sup> Profesor titular de Medicina Familiar. UMF 94

<sup>2</sup> Coordinador de docencia en Medicina Familiar posgrado UNAM.

<sup>3</sup> Residente segundo año UMF 94.