



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
MONTERREY, NUEVO LEÓN

**SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD EN LA RELACIÓN MÉDICO-
PACIENTE, EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARCELA SÁNCHEZ BUENROSTRO

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR

Registro de autorización: R-2019-1909-077

ASESOR: DRA. PATRICIA ELIZABETH MOTA MORENO

MONTERREY, NUEVO LEÓN

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**"ATISFACCIÓN DE LA CALIDAD EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL"**

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

PRESENTA

DRA. MARCELA SANCHEZ BUENROSTRO

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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

**SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD EN LA
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, EN
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

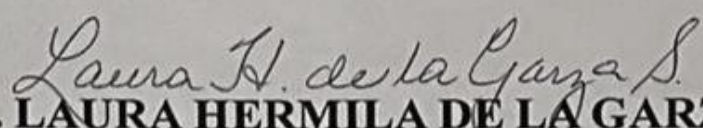
PRESENTA:

MARCELA SÁNCHEZ BUENROSTRO

AUTORIZACIONES:


DR. GUSTAVO VARGAS MACHADO
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL

DRA. MÓNICA BERENICE SEGOVIA RODRÍGUEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
EN SALUD


DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD

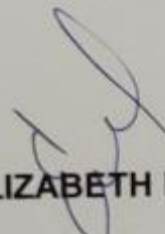
SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

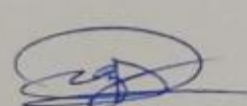
MARCELA SÁNCHEZ BUENROSTRO

AUTORIZACIONES:



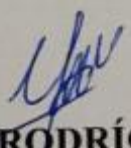
DRA. PATRICIA ELIZABETH MOTA MORENO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27



DRA. DIANA CAROLINA ORTIZ GUERRERO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28



DR. GUILLERMO RODRÍGUEZ MONCADA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1909.
U MED FAMILIAR NUM 32

Registro COFEPRIS 17 CI 19 026 077

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 19 CEI 008 2018080

FECHA Viernes, 06 de diciembre de 2019

Dra. Marcela Sanchez Buenrostro

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD EN LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE, EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2019-1909-077

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

ATENTAMENTE

Dr. ROMAN GONZALEZ REYNA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1909

[Imprimir](#)

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 19098,
U MED FAMILIAR NUM 32

Registro COFEPRIS 17 CI 19 026 077

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 19 CEI 008 2018080

FECHA Viernes, 29 de noviembre de 2019

Dra. Marcela Sanchez Buenrostro

PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD EN LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE, EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

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

ATENTAMENTE


Dra. María Guadalupe Cortés Carrizales
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 19098

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por mirarme con amor, por velar por mí y hacerme sentir querida. ¡Gracias! por levantarme cada día y mostrarme el mejor camino. Gracias por ser mi escudo, mi salvación y mi fuerza, por los buenos y también por los malos momentos. Gracias por estar presente cada día de mi vida.

A mi padre Antonio

Por el ejemplo de perseverancia, paciencia y constancia, que siempre le caracterizaron, por brindarme las herramientas y los medios para desarrollarme como persona y profesional.

A mi madre Martha

Por sus consejos, amor y comprensión en este andar, y por el valor de la responsabilidad que bien supo inculcar en mí.

A mi esposo Joel

Por su paciencia y amor, por estar conmigo y levantarme en los momentos difíciles, por ayudarme a lograr mis metas.

A mis amados hijos Joel y Fátima

Por ser mi fuente de energía, felicidad y sonrisas, y ser mi inspiración para volverme cada día una mejor persona.

A mi hermano

Por ayudarme cuando lo he necesitado.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros

Por todas las enseñanzas a lo largo de estos años.

A mis compañeras de residencia

Por compartir tantas vivencias, y por permitirme crecer con ellas.

A la Dra. Soledad Susana Ruiz Pacheco

Por su amistad, ayuda y apoyo incondicional.

Al Dr. Samuel Quintanilla Garza

Por su dedicación, entusiasmo y su maravilloso espíritu de servicio.

A mi asesora Dra. Patricia Elizabeth Mota Moreno

Por poner a mi disposición su tiempo, su paciencia y sabiduría durante estos tres años.

A dos nobles instituciones

El Instituto Mexicano del Seguro Social y la Universidad Nacional Autónoma de México por permitir hacer uno de mis sueños realidad.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a la memoria de mi padre, siempre fuiste mi fortaleza y tus enseñanzas un estandarte, que además me impulsan sea cual sea el camino al que vaya, siempre estarás en mi corazón y pensamientos abrigándome de cualquier inclemencia. Tu existencia no solo fue un regalo para mi sino para cada ser que tuvo la fortuna de conocerte. Te amo papá.

También este trabajo está dedicado a mi madre por ser mi guía y mi calma en todo momento de esta vida, por brindarme su apoyo incondicional y por creer en mí. Te amo mamá.

A mi esposo e hijos a quienes amo con todo mi ser, esto es por y para ustedes.

ÍNDICE

1. TÍTULO	11
2. AUTOR Y COLABORADORES	12
3. RESUMEN	13
4. ANTECEDENTES.....	17
5. JUSTIFICACIÓN	23
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
7. OBJETIVOS	
- General	
- Específicos.....	25
8. HIPÓTESIS.....	26
9. METODOLOGÍA	
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Información a recolectar	
- Método o procedimiento para captar la información	
- Consideraciones éticas.....	27
10. DEFINICIÓN DE VARIABLES	32
11. PLAN DE ANÁLISIS	33
12. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....	33
13. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	34
14. ASPECTOS ÉTICOS	35
15. RESULTADOS	36
16. DISCUSIÓN	47
17. CONCLUSIONES	49
18. BIBLIOGRAFÍA	50
19. ANEXOS.....	55

SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

AUTOR Y COLABORADORES

Investigador Principal: Marcela Sánchez Buenrostro

Lugar de trabajo: Hospital General de Subzona No. 10 IMSS, Sabinas Hidalgo, Nuevo León.

Teléfono: 8242423779

Correo electrónico: msbuenrostro@hotmail.com

Asesor Metodológico: Dra. Patricia Elizabeth Mota Moreno.

Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 27 IMSS Guadalupe, Nuevo León.

Teléfono: 8183371230 ext. 41407

Correo electrónico: drpemmm@hotmail.com

Colaborador: Luz Elva Herrera Carrizales

Lugar de trabajo: Hospital General de Subzona No. 10 IMSS, Sabinas Hidalgo, Nuevo León.

Teléfono: 8242423779

Correo electrónico: dra.herrera11@yahoo.com.mx

RESUMEN

Título:

Satisfacción de la calidad en la relación médico-paciente, en pacientes con hipertensión arterial.

Tesista: Sánchez Buenrostro Marcela

Correo Electrónico: msbuenrostro@hotmail.com

Responsable del proyecto:

Marcela Sánchez Buenrostro

Introducción:

La presente investigación se realizó para conocer la satisfacción del paciente con diagnóstico de hipertensión arterial en lo que respecta a la calidad en la relación médico paciente, y cómo influye está en su enfermedad. Ya que el médico es el pilar en el proceso salud enfermedad y quien guía al paciente durante la misma, y de esta manera podemos brindar un diagnostico situacional.

Objetivo general:

Identificar la satisfacción de la calidad en la relación médico-paciente en pacientes con hipertensión arterial.

Material y Métodos:

El presente trabajo, tiene un enfoque cualitativo, observacional, descriptivo transversal, para conocer la satisfacción del paciente con hipertensión arterial en cuanto a la calidad de la atención medico paciente , se obtuvo una muestra con fórmula de muestras finitas, con un total de 351 participantes, adscritos al Hospital de Subzona con Medicina Familiar N°10, previa firma de consentimiento informado para llenado de ficha de identificación y de un test sobre la satisfacción de la calidad

en la relación médico paciente. Con la información obtenida se realizó una base de datos en Excel, para posteriormente ser analizada en el paquete estadístico SPSS versión 25 en español, utilizando medidas de tendencia central, t de Student para determinar asociación de variables.

Resultados:

Se estudiaron 351 participantes todos con diagnóstico de hipertensión arterial con las siguientes características sociodemográficas género: el 59.5% fueron Masculino y el 40.5 % Femenino. El grupo de edad que más predominó fue de 61 a 70 años la cual representó un 32.5% de la muestra total. En relación con la ocupación de los participantes se encontró que el 52.1% se dedicaba al hogar, el 27.9% era pensionado. En cuanto al estado civil de los participantes encuestados los resultados arrojaron que el 91.2 % se encontraba casado, referente al control de hipertensión arterial según la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017 a la par de la Guía de Práctica Clínica de 2014, para Hipertensión Arterial se encontró que el 88.3% de los participantes estaba controlado de su hipertensión mientras que el 11.7% se encontraba descontrolado. El 86.2% de los pacientes con hipertensión arterial de la HGS/MF No. 10 se mostró satisfecho y/o muy satisfecho con la calidad de la relación médico-paciente.

Conclusión:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas que sugirieran que una buena relación médico-paciente ayuda a tener un mejor control o descontrol de la hipertensión arterial en los pacientes de la HGS/MF No. 10.

Palabras Clave: Relación médico-paciente, Hipertensión arterial, satisfacción del paciente

ABSTRACT

Title:

Quality satisfaction in the doctor-patient relationship in patients with arterial hypertension.

Thesis: Sánchez Buenrostro Marcela

Email: msbuenrostro@hotmail.com

Responsible for the project:

Marcela Sánchez Buenrostro

Introduction:

This research was carried out or to meet the satisfaction of the patient with a diagnosis of hypertension in regard to the quality of physician - patient relationship, and how it influences their illness is. Since the doctor is the pillar in the health-disease process and who guides the patient during it, and in this way we can provide a situational diagnosis.

General objective:

Identify quality satisfaction in the doctor-patient relationship in patients with arterial hypertension.

Material and methods:

This work has an observational qualitative approach transversal descriptive, to determine the satisfaction of the patient with hypertension in the quality of medical care patient, obt uvo a sample with formula samples finite, with a total of 35 1 participants, assigned to the Subzone Hospital with Family Medicine No. 10, after signing the informed consent to fill out the identification form and a test on quality satisfaction in the doctor-patient relationship. With the information obtained, a database was created in Excel, to later be analyzed in the statistical package SPSS version 25 in Spanish, using measures of central tendency, Student's t to determine the association of variables.

Results:

351 participants were studied, all with a diagnosis of arterial hypertension with the following sociodemographic gender characteristics: 59.5% were Male and 40.5% Female. The age group that predominated the most was from 61 to 70 years, which represented 32.5% of the total sample. In relation to the occupation of the participants, it was found that 52.1% were dedicated to the home, 27.9% were pensioners. Regarding the marital status of the surveyed participants, the results showed that 91.2% were married, referring to the control of arterial hypertension according to the Official Mexican Standard PROY-NOM-030-SSA2-2017 along with the Clinical Practice Guide of 2014, for Arterial Hypertension, it was found that 88.3% of the participants had their hypertension under control, while 11.7% were uncontrolled. 86.2% of patients with hypertension in HGS / MF No. 10 were satisfied and / or very satisfied with the quality of the doctor-patient relationship.

Conclusion:

No statistically significant differences were found to suggest that a good doctor-patient relationship helps to have better control or lack of control of arterial hypertension in HGS / MF No. 10 patients.

Key Words: Doctor-patient relationship, Hypertension, patient satisfaction

ANTECEDENTES

Relación médico paciente

Se consideran relaciones interpersonales a los vínculos que existen entre las personas que integran una comunidad y de cierta manera nos refuerza para adaptarnos al medio en que vivimos, Existen diferentes tipos de relaciones interpersonales: las Relaciones íntimas /superficiales donde una persona tendrá la necesidad afectiva. las relaciones personales /sociales es donde predomina la identidad social sobre la individual, en la relación amorosa hay tres elementos los cuáles son pasión compromiso e intimidad ¹. “La *relación médico paciente*, cabe en cada una de estas definiciones puesto que en algunos casos el paciente tiene que confiar en el médico, aunque el médico lo vea como un trabajo, y puede que esta misma relación sea de una forma amigable, o bien que sea formal. La relación médico paciente se define como la relación profesional entre un médico con una persona que presenta la necesidad de asistencia con el objetivo de mejorar la condición de salud o prevenir alguna enfermedad ².

En 2014 se publicó un estudio, en el tratamiento del dolor lumbar crónico, donde se llevó terapia convencional, y otro en conjunto con la buena relación médico paciente, se demostró que una buena relación médico-paciente fue más efectivo que una terapia convencional, mostrando alivio del dolor de 55%, en contraste con los que recibieron la terapia convencional con alivio de 46% ³.

Huerta (2005), menciona que el paciente es definido como la persona o colectividad que requiere atención por un sistema de salud, y aclara que no todos los pacientes deben estar enfermos, ni que todos los enfermos lleguen a ser pacientes ⁴.

Recordemos que, en el siglo XIX, figuraba el médico de cabecera, quien era el encargado de la salud de la familia y con la aparición de especialistas se le fueron

delegando responsabilidades, hasta después de la segunda guerra mundial, se busca retomar aquella buena relación médico paciente y se pretende formar a un especialista que brinde atención en los sistemas de salud, de una manera integral, donde curar no era suficiente, sino que se buscaba prevenir los padecimientos⁵.

En 1977 George Engel, dividía al ser humano en factor biológico, factor psíquico y social, y mencionaba que estos eran determinantes para la aparición de enfermedades, en el modelo biomédico o tradicional se sugería que cada patología provenía de un agente, ya sea patógeno o genético⁶.

El médico y el paciente son participes del proceso de recuperación de la enfermedad ya que esta relación interviene en la evolución, y el resultado de esta⁷. Existen diferentes modelos de atención que ejemplifica la relación médico paciente:

En el **modelo paternalista** el médico dirige las acciones encaminadas a buscar el bienestar del paciente en este modelo el médico guía al paciente en una forma que pudiera restarle autonomía al mismo. En el **modelo dominante** es el paciente quien guía su atención, puede ser por conocimiento de la enfermedad del propio paciente o bien la pobre experiencia del médico. El **modelo de responsabilidad compartida** es cuando el paciente y medico se encuentran en sintonía y mientras el medico explica y guía al paciente quien va tomando las decisiones pertinentes, por último, **el modelo mecanicista**, es un tipo de manejo estricto donde el paciente no elige al médico y viceversa, modelo empleado en algunas instituciones⁸. De otra manera también se clasifican como Paternalista donde el medico usa sus conocimientos para tratar al paciente, el modelo informativo, el cual tiene el propósito de informar al paciente para que él pueda tomar una adecuada decisión, el interpretativo donde el medico da a conocer al paciente sobre su situación sus posibilidades terapéuticas, riesgos y beneficios ante la situación actual que atraviese el individuo, y el modelo deliberativo que invita a participar a médico-paciente en la situación clínica⁹.

En la medicina actual, con los nuevos conocimientos del individuo y sus enfermedades, así como el desarrollo de la tecnología para el estudio de estos, tiene la necesidad de realizar una práctica médica asertiva, para recuperar los valores y la confianza del paciente en el personal de salud¹⁰. El Dr. Carlos Tena, quien fue presidente del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, menciona que para llevar a cabo una práctica asertiva se debe mantener una educación continua, respetar los derechos de los pacientes, exigir se respeten nuestros derechos como médicos y mantener una adecuada comunicación¹¹.

Si se establece una buena relación médico paciente, se pretende recuperar el buen estado de salud, siempre considerando al paciente en la toma de decisiones, siguiendo el principio de autonomía, que el paciente siempre sea el ganador según el principio de la beneficencia, que no se vea perjudicado con las tomas de decisiones por la maleficencia, y por último seguir un principio de justicia, para lograr el beneficio máximo esperado para el paciente¹².

Se realizó un estudio llamado "Identificación y clasificación de competencias profesionales en Medicina Familiar", donde menciona que las habilidades en la comunicación mejoran la competencia del profesional de la salud, y al mejorarla ayuda al médico a solucionar problemas¹³. En el estudio , The ACGME Outcome Project, se presentan dominios de competencias generales para mejorar la capacidad de los médicos residentes en la calidad del cuidado de la salud en los sistemas atención médica, una de ellas es la categoría de la comunicación médico-paciente , que fue identificada como una de las más importantes , dado que abarca el cuidado de la salud y la relación interpersonal que existe entre el paciente y el médico¹⁴, esto es importante para el control de los padecimientos crónico-degenerativos, la fundación española del corazón reporta que una estrecha relación médico- paciente mejora en un 30 % el control de la presión arterial¹⁵.

Hipertensión Arterial

Según la Organización Mundial de la Salud, la hipertensión arterial es un trastorno de los vasos sanguíneos, donde tienen una tensión arterial persistentemente elevada, señala a la hipertensión como un problema de salud pública, causa 45 % de las muertes por cardiopatías, para el 2008 se habían diagnosticado 1000 millones de adultos mayores con hipertensión arterial. En México, se habla de 30 millones de pacientes y el IMSS se atienden 6 millones de personas que acuden periódicamente a la consulta externa de Medicina Familiar. Y En sabinas Hidalgo la población con hipertensión arterial según el censo en el último año es de 2103 pacientes con esta enfermedad. Existen factores de riesgo, como lo es el tabaquismo, la obesidad, sedentarismo, la dislipidemia y la diabetes mellitus, los cuales al no modificarse prevén que haya un aumento en las enfermedades cardiovasculares, existen otros determinantes como lo son los ingresos la educación, y las condiciones de vida¹⁶.

La hipertensión arterial conlleva a múltiples complicaciones, que aumentan la probabilidad de infarto al miocardio enfermedad cerebrovascular e insuficiencia renal, que a su vez pueden complicar la salud. La presión arterial es medida en milímetros de mercurio, para considerarse normal, se valoran cifras de 120 mmHg para la sistólica y 80 mmHg para la diastólica, para llamar hipertensión es necesario contar con cifras sistólicas iguales o superiores a 140 mmHg y diastólicas de iguales o mayores a 90 mmHg¹⁷.

Hay factores modificables para el control de la hipertensión arterial, así como para evitar su aparición, como el control de peso, la actividad física regular evitar el consumo de alcohol, sal y tabaquismo, una ingesta adecuada de potasio y una alimentación balanceada¹⁸.

A continuación, se muestra La clasificación de hipertensión arterial según la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017 a la par de la Guía de Práctica

Clínica de 2014, para Hipertensión Arterial¹⁹. Y la clasificación de la American Heart Association (nueva modificación 2017) ²⁰.

PROY-NOM-030-SSA2-2017/GPC

American Heart Association

Clasificación	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg	Clasificación	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
Óptima	< 120	< 80	Presión normal	120	80
Presión subóptima	120 a 129	80 a 84	Elevada	120 a 129	Menor a 80
Presión fronteriza/límitrofe	130 a 139	85 a 99	Hipertensión elevada	≥130 mmHg	≥80
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99	Hipertensión grado 1	130-139	80-89
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109	Hipertensión grado 2	≥140	90
Hipertensión 3	≥ 180	≥ 110			
Hipertensión sistólica aislada (GPC)	≥ 140	≥ 90			

La hipertensión arterial es considerada como una enfermedad crónico-degenerativa, y dado que el fin no es alcanzar la cura, sino controlar la enfermedad, se busca el apoyo del profesional de la salud para una mejora en el control del padecimiento. El profesional de la salud interviene para la mejora en el control de la enfermedad. se sabe que entre el 25 y 50% por ciento de los pacientes no cumplen con su tratamiento, lo cual llevara a un mal control de las enfermedades, por su parte el medico deberá ser un ser de autoridad, fidelidad y confianza para que el paciente se beneficie de esta relación^{21,22}.

Existen estudios que mencionan que la comunicación médico paciente, medida con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Fue calificada como buena en un 54%. 28% la califico como regular y 18 % afirmo tener poca comunicación. El 50% de los pacientes controlados refirieron tener buena comunicación, el 22 % comunicación regular y el 12 % poca comunicación, y solo el 4 % de los pacientes descontrolados mencionaban una buena comunicación médico-paciente^{23,24}. En otro estudio se

observa que la satisfacción de los pacientes que resulta de la relación y empatía con los médicos parece estar asociado con cumplimiento con la medicación entre pacientes hipertensos y esto a su vez mejora el control del padecimiento²⁵.

El test PDRQ en la versión de 9 preguntas, presenta un valor del alfa de Cronbach para esta última versión de 0.94, similar a lo reportado en las versiones de 13 preguntas de 0.96, además de presentar mayor capacidad discriminante que las versiones ya referidas. El cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 5 puntos, donde: 1 es “nada apropiado”, 2 “algo apropiado”, 3 “apropiado”, 4 “bastante apropiado”, 5 “muy apropiado”. Lo cual permite cuantificar la opinión del paciente en relación con la comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con su médico^{26,27}.

JUSTIFICACIÓN

La relación médico paciente es el pilar de la atención médica, siendo el médico quien guía y acompaña al paciente en el proceso de salud y enfermedad. En los últimos tiempos se ha buscado proporcionar una atención más humanista y enfocado a satisfacer todas las necesidades del paciente, para mejorar su calidad de vida. En México existen pocos estudios que valoren la calidad de la atención en la relación médico paciente, y a su vez comparar si esta influye en el buen control de la enfermedad.

En un documento de la sociedad española del corazón, menciona la lucha sobre el control de la hipertensión arterial y en comenta la necesidad de cuidar el tratamiento farmacológico y el no farmacológico, incluido en este ultimo la relación médico paciente, y se menciona que ello ha sido eficaz para la mejora del control de la hipertensión arterial²⁸. se realizará este estudio para conocer la perspectiva del paciente en esta relación, y cómo influye está en la enfermedad, por parte del médico familiar es importante seguir impulsando a mantener una relación estrecha y buena comunicación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México uno de cada cuatro mexicanos padece hipertensión arterial. Se estima que 15 millones de personas la padecen y solo el 58% está controlado. La prevalencia es mayor en mujeres con 26.1% y en hombres abarca el 24.9 %, la Organización Mundial de la Salud menciona que la hipertensión arterial es el factor número uno de muerte²⁹. Con esta investigación buscamos hacer una relación sobre el buen control de la hipertensión arterial, así como la buena relación médico paciente. Y poder brindar acciones a corto plazo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la satisfacción en la calidad de la relación médico paciente, en pacientes con hipertensión arterial?

OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar la satisfacción de la calidad en la relación médico-paciente en pacientes con hipertensión arterial.

ESPECÍFICOS:

Determinar el número de pacientes controlados con diagnóstico de hipertensión

Evaluar satisfacción de la calidad de la relación médico paciente en pacientes con hipertensión arterial

HIPÓTESIS

H1: una buena calidad en la relación médico paciente se asocia a un control mayor o igual al 30 % en el control de la hipertensión arterial

H0: una buena calidad en la relación médico paciente se asocia a un control menor o igual al 30 % en el control de la hipertensión arterial

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio cualitativo, observacional, descriptivo transversal prospectivo en una población de 351 pacientes con diagnóstico establecido de hipertensión arterial adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 10, al momento de realizar la encuesta, que cumplan con los criterios de selección.

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Epidemiológica

CLASIFICACIÓN DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trató de un estudio cualitativo, observacional, descriptivo transversal no comparativo o de prevalencia de una sola medición prospectivo o actual.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 10, al momento de realizar la encuesta, que cumplan con los criterios de selección.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión

- Pacientes hipertensos de ambos géneros mayores de 20 años Con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con o sin comorbilidades

b) Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, con trastornos mentales
- Pacientes que no deseen participar en el estudio

c) Criterios de eliminación

- Pacientes que no completen la encuesta

MUESTRA

TÉCNICA MUESTRAL

Se realizó un muestreo probabilístico, aplicando una fórmula estadística para calcular muestras y poblaciones finitas, la cual se describe a continuación.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó estimación de cálculo de tamaño de muestra con la fórmula para muestras finitas.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra

Z es el nivel de confianza

p es la variabilidad positiva

q es la variabilidad negativa

N es el tamaño de la población

$$n = \frac{(2103) * ((1.96)^2 * ((0.40) * (0.60)))}{(0.05)^2 * (2103-1) + (1.96)^2 * ((0.40) * (0.60))}$$

$$n = \frac{(2103) * ((3.84) (0.24))}{((0.0025) (2102) + (3.89)(0.24))}$$

$$n = \frac{(2103) (0.9216)}{5.255 + 0.9336}$$

$$n = \frac{1938}{6.1886}$$

Resultando una muestra de 313.

Se agregó el 10 % para contrarrestar las mermas, con un total de 344.

Resultando al final una muestra de 351

METODOLOGÍA

Posterior a la autorización del estudio de investigación, se capacitó a las asistentes medicas de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 sobre el llenado de la encuesta, la cual se aplicó a todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio y cumplieron con los criterios de selección.

La encuesta no tuvo límite de tiempo y aquel paciente que requirió ayuda por parte de encuestador se apoyó con el mismo, en la encuesta se incluyó una ficha de identificación, así como un instrumento para medir la relación médico paciente. Se solicitó la participación de los pacientes en una entrevista, la cual constó de un apartado de identificación, y otro sobre la satisfacción del paciente respecto a la relación con su médico familiar, utilizando el cuestionario PDRQ en la versión de 9 preguntas.

La asistente médica de cada consultorio aplicó el cuestionario previo entrenamiento para el llenado de este, y dichas entrevistas se realizaron en el primer semestre del 2020. La entrevista se realizó al término de la consulta con el médico familiar, y se realizó a los que pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Una vez obtenidos los resultados se diseñó una base de datos en el formato Excel, para el análisis de estos, así como en paquete estadístico. Se determinó por medio de las cifras del expediente electrónico el estatus de paciente controlado y descontrolado siguiendo los parámetros establecidos en variables.

Variables				
Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Hipertensión arterial (Cualitativa, nominal)	Trastorno de los vasos sanguíneos, donde tienen una tensión arterial persistentemente elevada	1.Controlado 2.Descontrolado	1.<140/90mmHg 2.>140/90mmHg	Expediente electrónico
Edad (Numérica, cuantitativa, Discreta)	Permite hacer medición al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Número de años cumplidos al momento del estudio.	Continua	Ficha de identificación
Escolaridad (Cualitativa, nominal Policotómica)	Tiempo durante el que una persona asiste a una escuela	Grado máximo de estudios que la persona tiene al momento del estudio	1-Primaria 2-Secundaria 3-Preparatoria 4-Licenciatura o más 5-Analfabeta	Ficha de identificación
Ocupación (Cualitativa, Nominal, Policotómica)	Trabajo, labor ocupación o quehacer del individuo.	Actividad actual	1.Ama de casa 2.Empleado 3.Estudiante 4.Comerciante 5. otros	Ficha de identificación
Género (Cualitativa)	diferencias biológicas entre el macho y la hembra de la especie, tratándose de características naturales e inmodificables	Respuesta al cuestionario	Masculino Femenino	Ficha de identificación
Calidad de la relación médico paciente (Cualitativa)	Cumplimiento de las expectativas del paciente en cuanto a la atención obtenida por su médico tratante	El obtenido por el instrumento	Buena Mala	Test PDRQ-9
Estado civil (Cualitativa)	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia	Respuesta al cuestionario	Soltero Unión Libre Casado Divorciado Viudo	Ficha de identificación

PLAN DE ANÁLISIS

Se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central (media, mediana, moda) con sus respectivas medidas de dispersión para variables cuantitativas. Para variables cualitativas se utilizará razones y proporciones con sus respectivas medidas de dispersión. Se utilizó estadística inferencial mediante t de Student para variables cuantitativas. Se consideró como resultado significativo, aquel resultado que obtenga un valor de $p < 0.05$. La información se analizó en el paquete estadístico SPSS.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Se realizó una ficha de identificación de los pacientes, la cual se anexó a la hoja de encuesta. Esta incluyó edad, escolaridad, ocupación, género y estado civil. Anexo 1

Además, se utilizó la encuesta PDRQ en la versión de 9 preguntas. El cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 5 puntos, donde: 1 es “nada apropiado”, 2 “algo apropiado”, 3 “apropiado”, 4 “bastante apropiado”, 5 “muy apropiado”. Lo cual permitió cuantificar la opinión del paciente en relación con la comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con su médico.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ANALISIS ESTADÍSTICO

El diseño metodológico general es un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

Se tomaron en cuenta los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del área de consulta externa del Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 10 de los turnos matutino y vespertino en el primer semestre del 2020.

Primero se aplicó el consentimiento informado a quienes desearon participar y posteriormente se aplicó el instrumento PDRQ 9.

Posterior a la obtención de la información se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel, para después ser analizados en el paquete estadístico SPSS v 25, para lo cual se realizó una estadística descriptiva, con medidas de tendencia central media mediana moda, así como frecuencia porcentaje, y se realizó la prueba paramétrica de comparación de medias t de Student.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se realizó de acuerdo, con la Declaración de Helsinki modificada en Tokio, sobre investigación biomédica no terapéutica en sujetos humanos; así mismo, este trabajo se efectuó concorde al Código de Núremberg, sobre normas éticas sobre la experimentación en seres humanos. Se ejecutó de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su Título Segundo, Capítulo Primero, Artículos 16 y 17, Fracción I, II, III y en la obligación de los investigadores clínicos.

El presente estudio se ajustó a las normas Institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto, se realizó, una vez aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud.

La información se manejó de forma anónima, difundiendo los resultados solo para fines de investigación. No hubo coacción en el caso de que algún participante no aceptó involucrarse en forma voluntaria en la investigación.

Los datos personales de los pacientes fueron y serán resguardados confidencialmente y los resultados obtenidos de la encuesta durante el estudio, se utilizaron únicamente con propósito de investigación, para lo que se solicitó que firmaran un consentimiento informado, aceptando participar en el estudio, el cual se encuentra en el apartado de Anexos, como anexo 2.

RESULTADOS

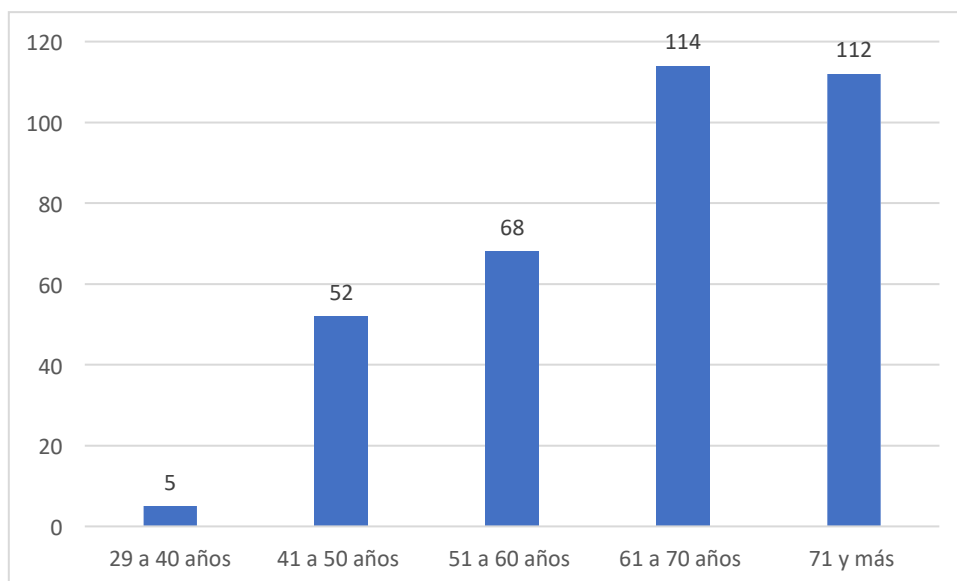
El presente estudio estuvo conformado por una muestra de 351 participantes todos con diagnóstico de hipertensión de los cuales el 59.5% fueron Masculino y el 40.5 % Femenino. (Ver tabla 1)

Tabla 1: Distribución por género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	209	59.5	59.5	59.5
Masculino	142	40.5	40.5	100.0
Total	351	100.0	100.0	

En cuanto a la edad la moda estuvo en el grupo de 61 a 70 años la cual representó un 32.5% de la muestra total, seguido de 71 años y más con un porcentaje del 31.9%, posteriormente 51 a 60 años con un 19.4%, después 41 a 50 años con un 14.8 % y por último 29 a 40 años con 1.4%. (Ver gráfica 1)

Gráfica 1: Distribución por edad



En relación con la ocupación de los participantes se encontró que el 52.1% se dedicaba al hogar, el 27.9% era pensionado, el 17.7% resulto ser empleado y solamente el 2.3% tenían negocio propio. (Ver tabla 2)

Tabla 2: Distribución por ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pensionado	98	27.9	27.9	27.9
Hogar	183	52.1	52.1	80.1
Empleado	62	17.7	17.7	97.7
Negocio Propio	8	2.3	2.3	100.0
Total	351	100.0	100.0	

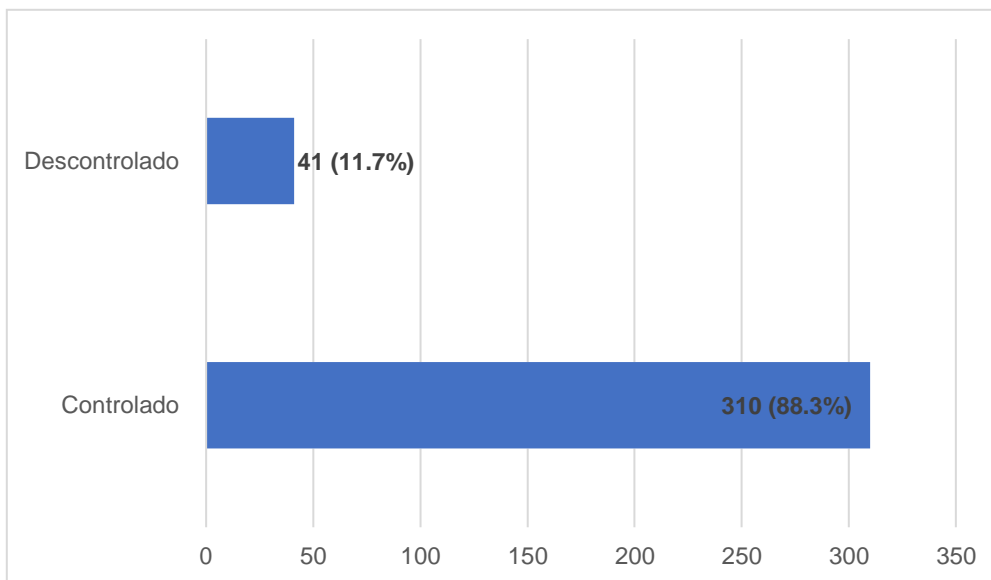
Con respecto al estado civil de los participantes encuestados los resultados arrojaron que el 91.2 % se encontraba casado, el 7.1% era viudo, el 1.1% resulto ser soltero, el 0.3% era divorciado y el 0.3% restante estaba en unión libre. (Ver tabla 3)

Tabla 3: Distribución por Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero(a)	4	1.1	1.1	1.1
Casado(a)	320	91.2	91.2	92.3
Unión libre	1	.3	.3	92.6
Divorciado(a)	1	.3	.3	92.9
Viudo(a)	25	7.1	7.1	100.0
Total	351	100.0	100.0	

Referente al control de la hipertensión arterial expresado según los criterios de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017 a la par de la Guía de Práctica Clínica de 2014, para Hipertensión Arterial se encontró que el 88.3% de los participantes estaba controlado de su hipertensión mientras que el 11.7% se encontraba descontrolado. (Ver gráfica 2)

Gráfica 2: Apego al tratamiento de la hipertensión arterial según la NOM-030-SSA2-2017 y la GPC del 2014 para hipertensión arterial



En lo que concierne a la satisfacción de los participantes en la relación médico-paciente, la cual se evaluó con un instrumento de nueve ítems, se encontró que la moda de las respuestas fue de “Muy apropiado”, lo cual se traduce a una buena relación y comunicación con el médico tratante, mientras que la menos frecuente fue “Nada apropiado”; los demás datos pueden observarse en la tabla 4.

Tabla 4: Satisfacción de los derechohabientes con hipertensión arterial de la HGS/MF No. 10 con respecto a la relación médico-paciente

	N	Nada apropiado (Fr, %)	Poco apropiado (Fr, %)	Apropiado (Fr, %)	Bastante apropiado (Fr, %)	Muy apropiado (Fr, %)
¿Mi médico me ayuda?	351	-	3 (0.9%)	37 (10.5%)	167 (47.6%)	144 (41%)
¿Mi médico tiene suficiente tiempo para mí?	351	1 (0.3%)	11 (3.1%)	56 (16%)	202 (57.5%)	81 (23.1%)
¿Creo en mi médico?	351	-	3 (0.9%)	34 (9.7%)	167 (47.6%)	147 (41.9%)
¿Mi médico me entiende?	351	-	5 (1.4%)	26 (7.4%)	199 (56.7%)	121 (34.5%)
¿Mi médico se dedica a ayudarme?	351	-	2 (0.6%)	55 (15.7%)	167 (47.6%)	127 (36.2%)
¿Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas?	351	-	4 (1.1%)	59 (16.8%)	149 (42.5%)	139 (39.6%)
¿Puedo hablar con mi médico?	351	-	12 (3.4%)	39 (11.1%)	121 (34.5%)	179 (51%)
¿Me siento contento con el tratamiento de mi médico?	351	-	7 (2%)	45 (12.8%)	178 (50.7%)	121 (34.5%)
¿Siento a mi médico fácilmente accesible?	351	-	2 (0.6%)	32 (9.1%)	189 (53.8%)	128 (36.5%)
PROMEDIO (%)		0.03%	1.5%	11.1%	48.7%	37.5%

Como puede observarse, el 86.2% de los participantes se mostró bastante y/o muy apropiado lo cual indica la satisfacción con la calidad de la relación médico-paciente.

Se realizó la prueba paramétrica de comparación de medias t de Student para determinar si existía diferencia entre los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada con respecto a cada ítem del instrumento, obteniendo un valor de t para el primer ítem “¿Mi medico me ayuda?” de $t = 1.166$ y un valor de $p > 0.05$, con lo cual se determina que no existen diferencias entre los pacientes con hipertensión arterial controlados y descontrolados con respecto al primer ítem del instrumento. (Ver tabla 5)

Tabla 5: Diferencia de medias de los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada (1er ítem)

		Prueba t para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
							Inferior	Superior
¿Mi médico me ayuda?	Se asumen varianzas iguales	1.166	349	.245	.132	.114	-.091	.356
Control			N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar		
Controlado (según la NOM y GPC)			310	4.30	.691	.039		
Descontrolado (según la NOM y GPC)			41	4.17	.629	.098		

En relación con el segundo ítem “¿Mi medico tiene suficiente tiempo para mí?” se obtuvo un valor de $t = .225$ y $p > 0.05$, por lo tanto, no existen diferencias entre los pacientes con hipertensión arterial controlados y descontrolados. (Ver tabla 6)

Tabla 6: Diferencia de medias de los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada (2° ítem)

		Prueba t para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
							Inferior	Superior
¿Mi médico tiene suficiente tiempo para mí?	Se asumen varianzas iguales	.225	349	.822	.028	.123	-.214	.269
Control		N		Media	Desviación estándar	Media de error estándar		
Controlado (según la NOM y GPC)		310		4.00	.722	.041		
Descontrolado (según la NOM y GPC)		41		3.98	.851	.133		

Con respecto al tercer ítem “¿Creo en mi médico?” no se encontraron diferencias entre los pacientes con hipertensión arterial controlados y descontrolados teniendo un valor de $t = 1.105$ y $p > 0.05$ (Ver tabla 7)

Tabla 7: Diferencia de medias de los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada (3er ítem)

		Prueba t para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
							Inferior	Superior
¿Creo en mi médico?	Se asumen varianzas iguales	1.105	349	.270	.124	.112	-.097	.345
Control		N		Media	Desviación estándar	Media de error estándar		
Controlado (según la NOM y GPC)		310		4.32	.686	.039		
Descontrolado (según la NOM y GPC)		41		4.20	.601	.094		

En lo que concierne al cuarto ítem “¿Mi médico me entiende?” del instrumento se encontró un valor de $t = 1.786$ y $p > 0.05$ por lo cual se puede decir que no hay diferencias entre los pacientes hipertensos controlados y descontrolados. (Ver tabla 8)

Tabla 8: Diferencia de medias de los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada (4° ítem)

		Prueba t para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
							Inferior	Superior
¿Mi médico me entiende?	Se asumen varianzas iguales	1.786	349	.075	.191	.107	-.019	.402
		Control	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar		
¿Mi médico me entiende?	Controlado (según la NOM y GPC)		310	4.26	.654	.037		
	Descontrolado (según la NOM y GPC)		41	4.07	.565	.088		

Por lo que se refiere al quinto ítem del instrumento “¿Mi médico se dedica a ayudarme?” no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prueba t de Student obteniendo un valor de $t = .454$ y $p > 0.05$. (Ver tabla 9)

Tabla 9: Diferencia de medias de los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada (5° ítem)

		Prueba t para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
							Inferior	Superior
¿Mi médico se dedica a ayudarme?	Se asumen varianzas iguales	.454	349	.650	.054	.118	-.179	.286
Control		N		Media	Desviación estándar	Media de error estándar		
Controlado (según la NOM y GPC)		310		4.20	.710	.040		
Descontrolado (según la NOM y GPC)		41		4.15	.727	.113		

Del mismo modo, en el sexto ítem “¿Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas?” no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con hipertensión controlados y descontrolados obteniendo un valor de $t = 2.759$ y $p > 0.05$. (Ver tabla 10)

Tabla 10: Diferencia de medias de los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada (6° ítem)

		Prueba t para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
							Inferior	Superior
¿Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas?	Se asumen varianzas iguales	2.759	349	.006	.343	.124	.098	.587
Control		N		Media	Desviación estándar	Media de error estándar		
Controlado (según la NOM y GPC)		310		4.25	.745	.042		
Descontrolado (según la NOM y GPC)		41		3.90	.768	.120		

En cuanto al séptimo ítem “¿Puedo hablar con mi médico?” del instrumento se obtuvo un valor de $t = - 0.93$ y $p > .926$ por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada. (Ver tabla 11)

Tabla 11: Diferencia de medias de los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada (7° ítem)

		Prueba t para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
							Inferior	Superior
¿Puedo hablar con mi médico?	Se asumen varianzas iguales	- .093	349	.926	-.012	.134	-.276	.252
Control		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar			
Controlado (según la NOM y GPC)		310	4.33	.813	.046			
Descontrolado (según la NOM y GPC)		41	4.34	.762	.119			

De manera semejante, en el octavo ítem “¿Me siento contento con el tratamiento de mi médico?” se obtuvo un valor de $t = 1.668$ y $p > 0.05$ por lo que no se encontraron diferencias entre los pacientes con hipertensión controlada y descontrolada como puede observarse en la tabla 12.

Tabla 12: Diferencia de medias de los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada (8° ítem)

		Prueba t para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
							Inferior	Superior
¿Me siento contento con el tratamiento de mi médico?	Se asumen varianzas iguales	1.668	349	.096	.200	.120	-.036	.436
Control		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar			
Controlado (según la NOM y GPC)		310	4.20	.714	.041			
Descontrolado (según la NOM y GPC)		41	4.00	.775	.121			

Por último, en el noveno ítem “¿Siento a mi médico fácilmente accesible?” no se volvieron a encontrar diferencias significativas entre los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada obteniendo así un valor de $t = 1.231$ y $p > 0.05$. (Ver tabla 13)

Tabla 13: Diferencia de medias de los pacientes con hipertensión arterial controlada y descontrolada (9° ítem)

		Prueba t para la igualdad de medias					
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia
							Inferior Superior
¿Siento a mi médico fácilmente accesible?	Se asumen varianzas iguales	1.231	349	.219	.131	.106	-.078 .340
	No se asumen varianzas iguales	1.152	49.307	.255	.131	.114	-.098 .360
Control		N		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	
Controlado (según la NOM y GPC)		310		4.28	.634	.036	
Descontrolado (según la NOM y GPC)		41		4.15	.691	.108	

Se rechaza hipótesis nula ya que no se encontró relación en descontrol de la hipertensión arterial y la relación médico- paciente.

DISCUSIÓN

Cada persona, en cualquier relación con otra, está comprometida en un campo interpersonal, no como una entidad aislada, sino en procesos que afectan y son afectados por el campo. Una relación interpersonal, es entonces, toda relación en que dos o más personas están ligadas entre sí en un campo interpersonal.

Un factor importante en cómo los pacientes experimentan el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad o dolencia, dependerá en buena medida de la calidad del vínculo que puedan establecer médico-paciente. En tal sentido, aspectos como la calidez, empatía, autenticidad, apoyo, buenos deseos, competencia intelectual, son algunas de las actitudes y destrezas que los profesionales deben poner en juego en sus vínculos con sus pacientes a fin de establecer una relación terapéutica efectiva que posibilite que éstos puedan hallar una mejora en su padecimiento.

En comparación con el estudio de Azcarate García y colaboradores, donde menciona que la comunicación médico paciente fue medida con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire, donde encontró que el 50% de los pacientes controlados refirieron tener buena comunicación, el 22 % comunicación regular y el 12 % poca comunicación, y solo el 4 % de los pacientes descontrolados mencionaban una buena comunicación médico-paciente.³⁰ En el presente estudio se detectó que los pacientes mantienen una buena relación médico-paciente teniendo un 86.2 % de satisfacción en la relación médico-paciente y solo el 13.8% restante refirieron insatisfacción en su relación médico-paciente.

En este sentido, los aspectos analizados del vínculo médico-paciente, pueden aportar a la comprensión de la compleja relación paciente-terapeuta.

Por lo anterior y siendo la calidad de la relación médico-paciente un fenómeno de amplia complejidad que puede llegar a impactar en distintas dimensiones de la salud del paciente resulta necesario realizar más estudios con niveles de abstracción intervencionista, sobre todo en poblaciones de pacientes que se consideren insatisfechos con el trato, comunicación y relación con sus médicos.

CONCLUSIONES

El 86.2% de los pacientes con hipertensión arterial de la HGS/MF No. 10 se mostró satisfecho y/o muy satisfecho con la calidad de la relación médico-paciente

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas que sugirieran que una buena relación médico-paciente ayuda a tener un mejor control o descontrol de la hipertensión arterial en los pacientes del HGS/MF No. 10

Se sugiere la realización de estudios científicos con intervención en poblaciones de grupos de pacientes insatisfechos con la calidad de su relación médico-paciente, dado que el área de oportunidad es que el paciente pueda hablar con su médico, según la puntuación del instrumento empleado, se propone una intervención para mejorar la comunicación efectiva entre ambas partes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enciclopedia de Clasificaciones (2017).” Tipos de Relaciones Interpersonales”. Recuperado de <https://www.tiposde.org/ser-humano/842-tipos-de-relaciones-interpersonales/> [consultado el día 03 de julio de 2019].
2. Rodríguez arce MA., Relación médico paciente, La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008. P 1-4.
3. Manuel Ramiro H, J Enrique Cruz a. Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias Med Int Méx. 2017 May;33(3):299-302.
4. Huerta González JL, Medicina Familiar, La familia en el proceso salud - enfermedad,1 ed. Editorial Alfil, S.A. de C.V. 2005. Pag 137.
5. Dávila Torres J, Garza Sagástegui MG, Medicina Familiar, Editorial Alfil, S. A. de C. V. Insurgentes Centro 51–A, Col. San Rafael 06470 México, D. F. 2013. Recuperado de: cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/09%20Medicina%20familiar--Interiores.pdf Pag 1-5.
6. Francesc Borrel i Carrio, El modelo biopsicosocial en evolución, grupo comunicación y salud. España Profesor asociado de medicina de familia, Med Clin (Barc) 2002;119(5):175-179.

7. Maha Nadir, Muhammad Hamza, Nadir Mehmood, Assessing the extent of utilization of biopsychosocial model in doctor–patient interaction in public sector hospitals of a developing country, Department of Surgery, Rawalpindi Medical College, Department of Surgery, Benazir Bhutto Hospital, Rawalpindi Medical College, Rawalpindi, Pakistan, © 2018 Indian Journal of Psychiatry | Published by Wolters Kluwer – Medknow.
8. Arrubarrena Aragón VM, La relación médico-paciente, Cirujano General Vol. 33 Supl. 2 – 2011 revisado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf> el día 11/julio/2019.
9. Rivas Muñoz R. Notas para el estudio de Endodoncia. Unidad 1. Introducción al estudio de la endodoncia. Modelos de la relación médico y paciente. Recuperado de: www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etimodelos.html.
10. Rodríguez Almada H. De la medicina defensiva a la medicina asertiva Rev Med Urug 2006; 22: 167-168.
11. Tena Tamayo C, Hernández Orozco F. La Comunicación Humana en la Relación Médico Paciente. Segunda Edición, Ed. Prado. México, 2007 cap. 22.
12. Mejía Estrada A, Romero Zepeda H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *revmedicaelectronica* [Internet]. 2017 [citado 2019 Ago 21];39(0): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2129>.

13. Gómez-Clavelina F, Hernández-Torres I, Grijalva MG., Identificación y clasificación de competencias profesionales en Medicina Familiar. *Aten Fam* 2015; 22(1) 19-25.
14. Swing S. R., Assessing the ACGME General Comethods, *ACAD EMERG MED* • November 2002, Vol. 9, No. 11 obtenido de www.aemj.org, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1197/aemj.9.11.1278>.
15. Fundación española del corazón. Notas de prensa. Una estrecha relación médico-paciente mejora en un 30% el control de la presión arterial. obtenido de: <https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2832-estrecha-relacion-medico-paciente-mejora-en-30-control-de-presion-arterial.html>.
16. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio una crisis de salud pública mundial. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/hypertension/es/>.
17. Pérez Caballero M.D., León Álvarez J.L, Fernández Arias M.A. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Rev cubana med* [Internet]. 2011 Sep [citado 2019 Jul 25]; 50(3): 311-323. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300009&Ing=es.
18. Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, obtenido de: www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/2017.
19. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 08/07/2014

https://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP_HipertArterial1NA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf.

20. Son JS, Choi S, Kim K, et al. Association of Blood Pressure Classification in Korean Young Adults According to the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Guidelines With Subsequent Cardiovascular Disease Events. *JAMA*. 2018;320(17):1783–1792. doi:10.1001/jama.2018.16501.

21. La relación médica/paciente en el abordaje de padecimientos crónicos. La construcción del paciente y del tratamiento de la enfermedad en el ejercicio de la práctica médica. Lupe Marín. Licenciada en Sociología. Universidad Nacional de La Plata. Becaria Doctoral CIC. Doctoranda en Ciencias Sociales, UNLP) https://digital.cic.gba.gob.ar/bitstream/handle/11746/8800/11746_8800.pdf-

22. Douglas W Maynard, John Heritage, Conversation analysis, doctor–patient interaction and medical communication, Conversation analysis, doctor–patient interaction and medical communication, *Medical Education* 2005; 39: 428–435.

23. Azcarate Garcia E. Hernandez torres I. Guzmán Rivas M., Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *ATEN FAM*, 2014; 21 (3) 83-85.

24. Mingote Adan J.C., Moreno Jiménez B., Rodríguez Carvajal R., Gálvez Herrera M., Ruiz López P., Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P), Universidad autónoma de Madrid, *Actas Esp. Psiquiatr* 2009; 37(2):94-100.

25. Mahmoudian A, Zamani A, Tavakoli N, Farajzadegan Z, Fathollahi Dehkordi F. Medication adherence in patients with hypertension: ¿Does satisfaction with doctor patient relationship work? *J Res Med Sci* 2017; 22:48.

26. Ríos Álvarez M., Acevedo-Giles O., González-Pedraza Avilés A., Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2, Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 19, No. 4 • Octubre-diciembre 2011 pp 149-153.
27. Martín Fernández J., Del Cura González M.I., Gómez Gascón T., Fernández López E., Pajares Carbajal G., Moreno Jiménez B., Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire Patient satisfaction with the Patient-Doctor Relationship measured using the Questionnaire (PDRQ-9), Elsevier, España, Atención Primaria Volume 42, Issue 4, April 2010, Pages 196-203.
28. I Introducción III Datos epidemiológicos IV Hipertensión V Secretaría Salud servicios de salud del estado de Puebla gobierno de progreso elaborado por: Departamento de promoción de la salud de los servicios de Salud del Estado de Puebla Y Departamento de Enfermedades Crónico No Transmisibles De los Servicios de Salud del Estado de Puebla obtenido de: ss.pue.gob.mx/wp-content/uploads/2017/06/Dia_Mundial_de_la_Hipertension_Arterial_2017.pdf
29. Gijón Conde T., Gorosti M., Camafort M., Abad Cardiel M., Martín Rioboo E., Morales Olivas F., Vinyoles., Armario P., Banegas J.R., Coca A., De la Sierra A., Martell claros N. Redon J. Ruilope L.M., Segura J. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión- Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial, Huiptens Riesgo Vasc.2018; 35 (3): 119-129.
30. IDEM Azcarate Garcia E. Hernandez torres I. Guzmán Rivas M.,2014.

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de identificación

NSS: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Género: _____

Estado Civil: _____

Control de presión arterial: Controlado _____ Descontrolado _____

Marque con una X la respuesta con la que se sienta de acuerdo

Pregunta	1 nada apropiado	2 algo apropiado	3 apropiado	4 bastante apropiado	5 muy apropiado
Mi médico me ayuda					
Mi médico tiene suficiente tiempo para mi					
Creo en mi médico					
Mi médico me entiende					
Mi médico se dedica a ayudarme					
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas					
Puedo hablar con mi médico					
Me siento contento con el tratamiento de mi médico					
Siento a mi médico fácilmente accesible					

ANEXO 2

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	Percepción de la calidad en la relación médico-paciente, en pacientes con hipertensión arterial sistémica
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	HGS-MF N°10
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La información obtenida nos dará un diagnóstico situacional y nos permitirá brindar un plan de acción.
Procedimientos:	Aplicación de una encuesta para evaluar la calidad en la relación médico-paciente.
Posibles riesgos y molestias:	Se trata de un estudio con ninguno o mínimo de riesgos para el participante.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la relación que maneja con su médico de cabecera
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se entregará a quien así lo solicite
Participación o retiro:	La participación en este estudio se llevará a cabo de manera voluntaria. Así mismo el participante podrá retirarse en el momento que así lo decida sin temor a represalias.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos personales y resultados que se obtengan en el estudio serán confidenciales y solo se publicarán con fines estadísticos, respaldados por los principios éticos establecidos en la Declaración De Helsinki.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Si lo solicita, se proporcionará asesoría personalizada, y se derivará al departamento correspondiente.
Beneficios al término del estudio:	Obtener información sobre la calidad en la relación médico paciente.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador	
Responsable:	<u>Marcela Sánchez Buenrostro</u> msbuenrostro@hotmail.com
Colaboradores:	<u>Dra. Patricia Elizabeth Mota Moreno, Dra. Luz Elva Herrera Carrizales</u>
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: comiteeticainv.imss@gmail.com	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de encuestador