



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13  
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS



**“LA CALIDAD DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN  
USUARIOS CON PADECIMIENTOS CRÓNICO  
DEGENERATIVOS”**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:  
JORGE ARTURO JUÁREZ DÍAZ DE LEÓN

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; FEBRERO DEL 2016



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13  
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS



# “LA CALIDAD DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN USUARIOS CON PADECIMIENTOS CRÓNICO DEGENERATIVOS”

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**Dr. JORGE ARTURO JUÁREZ DÍAZ DE LEÓN**

ASESOR DE CONTENIDO Y METODOLÓGICO

**DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA**

**DR. LUIS ERNESTO BALCÁZAR RINCÓN**

AUTORIZACIONES

DR. JOSÉ MANUEL SUMUANO  
YMATZU  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO  
DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. HECTOR ARMANDO RINCÓN  
LEÓN  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO  
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; FEBRERO DEL 2016



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13  
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS



# “LA CALIDAD DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN USUARIOS CON PADECIMIENTOS CRÓNICO DEGENERATIVOS”

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JORGE ARTURO JUÁREZ DÍAZ DE LEÓN**  
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13  
TELÉFONO MÓVIL: 656 265 97 75  
[Jaja72@gmail.com](mailto:Jaja72@gmail.com)

## ASESOR METODOLÓGICO

**DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA**  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13  
TELÉFONO: 961 65 82278  
[yunisra@hotmail.com](mailto:yunisra@hotmail.com)

## ASESOR DE CONTENIDO

**DR. LUIS ERNESTO BALCÁZAR RINCÓN**  
MÉDICO URGENCIÓLOGO  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 2  
TELÉFONO 961 65 81984  
[umqbalcazar@gmail.com](mailto:umqbalcazar@gmail.com)

## AGRADECIMIENTOS

A Denisse mi compañera, mi confidente, mi camarada, mi corazón y mi tesis son tuyos.

A mis padres que me han apoyado en todo momento.

A mis maestros que me han mostrarme el camino que ellos han seguido en busca de esa ciencia que complementa y transforma al ser humano.

A mis pacientes que toleran mis errores y omisiones siempre con la esperanza de que la próxima vez sea mejor.

Y copiando a Freire:

*"A los desarraigados del mundo y a quienes descubriéndose en ellos, con ellos sufren y con ellos luchan"*

## Índice de Contenido

Resumen .....	6
Marco teórico.....	8
Justificación del estudio.....	20
Planteamiento del problema .....	22
Objetivo general.....	22
Objetivos específicos.....	22
Hipótesis general .....	22
Hipótesis específicas .....	23
Metodología .....	23
Criterios de selección.....	24
Instrumento de recolección de datos .....	24
Variables del estudio.....	25
Consideraciones éticas.....	27
Recursos .....	28
Recursos humanos.....	28
Recursos materiales .....	28
Recursos financieros .....	29
Resultados.....	29
Análisis bivariado.....	34
Conclusiones .....	35
Propuesta .....	36
Bibliografía.....	38
Anexos .....	40
Cronograma de actividades .....	42

## Resumen

**Título:** La calidad de la relación médico paciente en usuarios con padecimientos cronicodegenerativos”

**Antecedentes:** La relación médico paciente se plantea desde tiempos remotos, donde se establecieron los roles en cuanto a la atención en instituciones de salud y es fundamentada desde distintas visiones que permanecen en transformación de acuerdo a las necesidades de un contexto determinado. Dichos roles fueron descritos en los cuatro modelos de Ezekiel y Linda Emanuel y se definen como: paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo. Carrera por su parte, define a la relación médico paciente como: “aquella interacción que se establece con el fin de devolverle al paciente la salud, aliviar su padecimiento y prevenir enfermedades”. Otro punto de gran importancia es lo referente a la calidad que se tiene en la atención médica, de acuerdo a la CONAMED (2009) existieron 1749 quejas en diversas instituciones de salud tanto públicas como privadas de los cuales hubo evidencia de 1363 casos de mala práctica médica. Por lo que el describir y transformar la calidad de la atención en cuestiones de salud puede ser una herramienta fundamental en la prevención y atención, así como de acompañamiento a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, ya que puede regresar la responsabilidad a los mismos, establecer una relación entre seres humanos y brindar grandes beneficios en relación al apego, tratamiento y comprensión del paciente y de su proceso de enfermedad. (1) (2)

**Objetivo:** Describir la calidad de la relación médico paciente en usuarios con enfermedades crónico degenerativas.

**Material y método:** Estudio de tipo descriptivo, transversal que se realizó en usuarios con enfermedades crónico degenerativas (hipertensión arterial y Diabetes Mellitus 2) de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas utilizando el cuestionario de relación médico paciente (CREM P) y un cuestionario con variables sociodemográficas.

**Análisis estadístico:** Se llevó a cabo con el programa SPSS versión 19, se efectuó un análisis univariado con medidas de tendencia central (media,

mediana y moda) porcentajes y cálculos de correlación, los resultados se presentaron en gráficas y tablas de frecuencia.

**Resultados:** Del total de encuestas realizadas, 352 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. Se observó que el 82.1% se refirió con una relación totalmente apropiada, un 16.5% refirió tener una relación regularmente apropiada y un 1.5% reporto encontrarse con una relación medianamente apropiada. . Se encuestaron 161 pacientes con hipertensión arterial, 151 con diabetes mellitus, y 49 con ambos padecimientos. Por motivos de consulta los pacientes hipertensos: 130 presentaron una relación totalmente apropiada, 28 regularmente apropiada, y 3 medianamente apropiada.

De los pacientes con diabetes mellitus 2 se encontró: 133 pacientes con calificaciones de totalmente apropiada, 1 medianamente apropiada, y uno regularmente apropiada. Cuando eran portadores de ambas patologías presentaron 26 con relación totalmente apropiada, 13 regularmente apropiada, regularmente apropiada, y 5 medianamente apropiada. El análisis bivariado no mostro resultados significativos.

**Conclusiones:** En base a los resultados obtenidos, la percepción de la calidad de la relación médico paciente en la unidad Médica Familiar No. 13 de la ciudad de Tuxtla Gutierrez Chiapas fue valorada como apropiada entre los pacientes con padecimientos cronicodegenerativos específicamente en diabetes mellitus e hipertensión arterial. Los sistemas de evaluación de la calidad deben realizarse como monitoreo continuo, con esto podremos detectar a tiempo algunas inquietudes o fallas y corregirlas oportunamente.

**Palabras claves:** Relación médico paciente, crónico-degenerativas, calidad.

## **Marco teórico**

“La relación entre médico y paciente es la convivencia cordial de dos almas, de dos personas. O, diciéndolo con una bella frase de Portes: Una confianza que va al encuentro de una conciencia”. El maestro Surós nos continua enseñando cual es la más profunda interpretación de la relación médico paciente. Desafortunadamente las escuelas modernas de enseñanza médica están teniendo grandes deficiencias en mostrarles a los médicos en formación como deben de tratar a sus pacientes. (2)

La definición de la relación médico paciente que se puede utilizar de manera más moderna es: “aquella interacción que se establece con el fin de devolverle al paciente la salud, aliviar su padecimiento y prevenir enfermedades” (3)

En esta definición planteada por Carrera podemos observar cual es la visión que se tiene con respecto a las situaciones que vive el paciente, por ejemplo, aun cuando estén citadas de manera que pareciese que el prevenir enfermedades es el último paso, en la medicina de primer nivel este sería el primer objetivo de la relación médico paciente.

Las cuestiones de devolver la salud en el caso de pacientes con padecimientos crónico degenerativos está enfocada en establecer un equilibrio entre lo que el paciente está tratando de solucionar con su enfermedad que lo va a acompañar en el resto de su vida y su vida misma, para que pueda tener un acceso pleno a la felicidad y una vida de objetivos realizados.

Conforme a aliviar su padecimiento, es importante establecer que la relación médico paciente es una relación entre seres humanos que pueden estar sufriendo las mismas angustias y que, sabiendo que se está de manera voluntaria tanto aceptando atención, así como el médico está tratando de establecer esa relación de ayuda, entonces los dos están en un proceso dinámico, humano, que los lleva a ser coparticipes de un proceso natural que provoca sufrimiento y que debe ser tratado de manera individual conforme a las características del paciente así como de su entorno y su concepción de la vida.

Se ha considerado además que esta cuestión en particular significa la parte artística del quehacer del médico. El médico como actor transformador al igual

que el paciente, en esta relación que se ha establecido a través de la salud o de la falta de ella, debe tocar sus propios miedos y los de su paciente, debe partir desde el nivel sociocultural que ambos tienen, y en palabras de Freire este acto de relacionarse debe ser sensible, ético, tiene que respetar los límites de la persona como si fuese un esteta, que cuidadosamente transforma aquello que se considera enfermo en posibilidades de acción. (4)

Una de las bases fundamentales de cualquier relación son los códigos comunicativos, aquellos que de manera oral o subversiva se transmiten por medio de acciones o actitudes que llevan implícito algún mensaje. El ser humano siempre comunica algo, incluso en aquellas ocasiones que piense no hacerlo. El ramo de la medicina no queda exento de este planteamiento, es ahí en los rincones de los hospitales, en alguna cama de algún paciente enfermo, en consulta o atención general donde los participantes de instituciones de salud, dan algún discurso con sus actos, en el trabajo diario o a través de la misma infraestructura.

Es por esto que el análisis de la comunicación que se da entre estos espacios de salud es de gran importancia, ya que suele ser la columna vertebral que sustenta esa relación o el símbolo que permite darnos una pauta de cómo se generan este acto relacional.

Según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico “la comunicación es un fenómeno que involucra la transmisión de información desde una fuente emisora hacia un receptor. La comunicación entre personas es una variedad de comunicación que tiene características propias como la interacción y la utilización de un lenguaje simbólico”. (5)

En un contexto de instituciones de salud la comunicación implica varias facetas para mejorar la calidad del servicio que se presta, tiene que ver con las actividades y comportamientos específicos aplicados al quehacer médico, desde la elaboración de la historia clínica, o la explicación al paciente de su diagnóstico, plan de tratamiento y sobre todo la confianza que ambos tengan en este proceso, fundamental para desarrollar los conceptos anteriores.

Es decir la comunicación humana es compleja y depende de la interacción de factores biopsicosociales. Por otro lado emite mensajes que suelen conservar los roles establecidos socialmente y de igual manera pueden ser transformadores, es decir da la pauta de lo que es considerado enfermedad en un determinado contexto, para Parson en 1952 “la medicina crea las posibilidades sociales para actuar como enfermo”, de tal manera que si se analizan los códigos de lenguaje que se encuentran dentro de la relación médico paciente, es posible también analizar la situación de enfermedad o salud, y propiciar las condiciones para ambas, así como mejorar la calidad en cuanto a los servicios de salud. (6)

El planteamiento sobre relación se tuvo que separar de las cuestiones de comunicación para lograr encontrar los resultados más favorables al objetivo específico, por ejemplo, Ridd, estableció como criterios los que tuvieran relación con los 4 conceptos más involucrados con relación como son: conocimiento, confianza, lealtad y atención. (7)

Bajo esta postura cabe mencionar lo referente a la calidad de la atención medica este concepto se origina de la sociedad industrial ya que plantea ciertos estándares para su evaluación y da un valor al servicio o producto que se oferta. Para fines de este trabajo, la Organización Mundial de la Salud considera que la calidad es el logro de un alto nivel de excelencia profesional y de satisfacción del paciente, la existencia de mínimos riesgos y el uso eficiente de los recursos. (8)

Con este precepto las instituciones de salud deben voltear su mirada a las formas en las que se establecen las relaciones entre el médico y paciente y que sustentan dicha calidad. Retomando uno de los objetivos del Instituto Mexicano del Seguro Social que consiste en garantizar el derecho humano a la salud, otorgar asistencia médica y prestar servicios sociales para el bienestar individual y colectivo. Por lo que se han establecido ciertas reformas con la intención de mejorar continuamente la calidad de la atención médica. (9)

Para restablecer las relaciones que se dan en las instituciones de salud, es de gran importancia establecer un proceso de evaluación que permite tener mayor claridad sobre los puntos que son necesarios mejorar, eliminar o reestructurar

dentro de cada consulta entre médico y pacientes, partiendo del concepto de calidad que proporciona la American Society for Quality control quien la define como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario. En el rubro de los servicios de salud la calidad es evaluada principalmente por los pacientes a partir de sus valores y expectativas, de tal manera que el paciente es el objetivo y resultado de la atención médica. (10)

Con lo anterior se puede concluir que la relación médico paciente es el proceso en el cual se realiza una transacción donde los participantes obtienen algo de esa relación. Por un lado el paciente se encuentra buscando aliviar sus males y tener un entendimiento de lo que significan estos procesos por los que está pasando, ofreciendo trabajo, remuneración económica u alguna otra forma de trueque, para poder continuar siendo responsable de lo que ha sumido, y el medico que está buscando tener un oficio y una participación social donde se ven satisfechas las necesidades físicas, sociales, afectivas, intelectuales y económicas, de él y de su familia.

Uno de los aspectos de mayor relevancia al hablar sobre calidad en la relación médico-paciente, es sin duda la postura de estos últimos, el grado de satisfacción que se tiene de determinado servicio de salud. Partiendo del concepto de satisfacción como un indicador para la evaluación de la calidad esta puede ser entendida como el estado afectivo resultado de la percepción del usuario hacia diferentes aspectos de la atención médica, incluida la capacidad técnica del personal médico. (11)

Al darle un valor como partícipes fundamentales de la relación tanto el médico como al paciente, cabe mencionar que la propuesta se basa en atender las necesidades primordiales de aquellos a quienes se les ofrece el servicio de salud, así como aquellos que lo ofrecen. De acuerdo al Paradigma XXI Alianza para la Incidencia Colaborativa en Salud plantea que el elemento clave para una asistencia sanitaria centrada en las personas es que este sea diseñado de manera participativa y dirigido a atender las necesidades en salud de los usuarios, de manera que la atención medica sea justa, adecuada y eficiente. (12)

De esta manera se puede acceder a un servicio de salud donde las personas tengan mayor responsabilidad sobre sí mismas, sus tratamientos y por ende un uso óptimo del sistema de salud y calidad de vida. Existen cinco principios básicos de la atención centrada en el paciente, que se enumeran de la siguiente manera.

1. Información: esta debe otorgarse de manera precisa, relevante y amplia para que los pacientes puedan tomar decisiones sobre su salud, las enfermedades, tratamiento y convivencia con su enfermedad. Debe ser comprensible en cuanto a la enfermedad, idioma, edad nivel de comprensión, contexto y cultura.
2. Acceso y apoyo: Los pacientes deben tener garantizados los servicios de salud independientemente de su condición o estado socioeconómico en virtud de su condición, esto incluye acceso a servicio, tratamiento, cuidados preventivos y actividades de promoción de la salud. Por otro lado esta atención debe ser holística y tomar en cuenta factores emocionales y el contexto.
3. Implicación de los pacientes en la política sanitaria: Los pacientes y las organizaciones de los pacientes merecen compartir la responsabilidad de la toma de decisiones sobre políticas sanitarias mediante un compromiso significativo y fundamentado.
4. Elección y poder de decisión: Los pacientes tienen derecho y responsabilidad de participar como interlocutores. Esto exige un servicio sanitario receptivo, que ofrezca opciones adecuadas para el tratamiento y toma de decisiones acorde con las necesidades de las personas.
5. Respeto: La asistencia centrada en las personas respeta las necesidades, preferencias y valores del mismo, así como su autonomía e independencia.

La atención médica centrada en el paciente puede ser el procedimiento más eficiente para mejorar la calidad de los servicios de salud, ya que propone una democracia y participación activa por parte de los actores que la integran

En términos de atención al paciente en instituciones de salud, se tienen una gama de opciones y posibilidades de acción médica. Un tema de gran relevancia, no solo para el desarrollo de uno de los pilares de cualquier sociedad sino el impacto en la prevención y conservación de la salud se basa principalmente en la relación médico paciente.

Dicha relación se fundamenta desde distintas visiones, que permanecen en transformación de acuerdo a las necesidades de algún contexto determinado, colocando a los actores de la atención médica en un rol definido y estableciendo también responsabilidades o la ausencia de ellas de acuerdo a los cuatro modelos que definen esta relación.

Se describieron las formas clásicas de ver la relación de médico paciente, en los cuatro modelos de atención descritos por Ezekiel y Linda Emanuel, el paternalista, el informativo, el interpretativo y el modelo deliberativo. (1)

El desglose de los diferentes modelos es el siguiente:

**Modelo Paternalista:** En este modelo el rol del médico es activo y consiste en promover la salud del paciente, definir su situación clínica y prescribir el tratamiento adecuado. El paciente por su parte asume un papel pasivo, recibiendo de acuerdo con (Emanuel, 1999) “una información seleccionada por su médico que le conducirá a consentir la intervención”, que según este, es la mejor”. (1)

Con lo anterior se entiende que la información tiene un carácter objetivo, y que la responsabilidad recae en una de las partes, donde el otro; el paciente pierde su autonomía, ya que no se le toma en cuenta ni en sus valores, ni en la capacidad de decidir, por lo que el médico debe tomar las decisiones que le son alienadas al paciente, y poner ante todo los intereses del paciente por encima de los suyos, y en cuanto él lo considere necesario acudir con otros colegas que le instruyan cuando sus conocimientos sean obsoletos o insuficientes.

**Modelo informativo:** Como su nombre lo dice este modelo parte de una situación más técnica, ya que su objetivo consiste en proveer toda la

información al paciente relacionada con su padecimiento así como diversas acciones de atención, dejando la posibilidad de decisión al paciente.

Sin embargo el autor define que: “El paciente conoce y determina sus valores, pero no conoce los hechos de su situación clínica, al médico le corresponde proporcionar la información y el paciente elige la acción terapéutica que se debe aplicar”(1)

Con esto, al médico no le son reconocidos sus valores, convirtiéndose meramente en un emisor de la información, aunque le es relegada la capacidad de decisión y participación en el proceso, ya que no cuestiona las decisiones de los pacientes. En este modelo el médico es un actor pasivo, con la capacidad de transmitir sus conocimientos, aunque; no con esto pierde la obligación de transmitir información veraz y consultar a otros médicos cuando lo considere prudente.

Modelo interpretativo: En este modelo los valores del médico y el paciente son respetados por ambas partes, no hay juicio en ellos, aunque el médico es concebido como un “consultor” que guía al paciente en la interpretación de sus valores relacionados con su salud, cuando este considera oportuno y sugiere las intervenciones terapéuticas.

En la acción el médico: “introduce al enfermo en un proceso global de análisis en un todo discursivo en el que hay que aclarar sus valores y prioridades”. Con esto se lleva al paciente hacia un auto reflexión de sus patrones que limitan su salud, sin que pierda su autonomía, aunque el médico es el encargado de articular e interpreta los valores del paciente. (1)

Modelo Deliberativo: Parte de una relación dialéctica entre el médico y paciente, ambos son parte de un proceso de reflexión- acción ante un evento que ha limitado la salud. El médico no impone sus valores ante sus pacientes, solo persuade para que el paciente los transforme, este último decide como jerarquizar sus propios valores.

Por su parte el médico “ofrece información clínica disponible sobre la situación del paciente, le ayuda a dilucidar los valores incluidos en las opciones

terapéuticas e indica los valores que están relacionados a su salud y que tienen mayor peso”. (11)

Este modelo plantea la relación como un todo dialógico y de acuerdo a (Yontef, 1996) “la eficacia en una relación terapéutica se construye a partir de la confianza, la fe en el paciente, en su experiencia y en sus procesos”. Es decir en este modelo la autonomía de ambos actores no solo se respeta, si no que se basa en los Buber llamaría una relación Yo-Tu, ya que para que exista el médico, no deja de existir el paciente, ambos existen. (14)

Se ha establecido por múltiples estudios que la relación médico paciente bien llevada puede brindar grandes beneficios en relación al apego al tratamiento y la comprensión del paciente de su proceso de enfermedad.

La relación de un médico puede ser visualizada diferente a la de un psicoterapeuta, debido al alcance de las diferentes dimensiones. Sin embargo algunos instrumentos originalmente desarrollados para psicoterapia también han sido utilizados en el campo de la atención médica. Se han descrito diferentes factores y dimensiones con los cuatro constructos y dimensiones con los cuatro de la relación médico paciente descritos por Ridd (conocimiento, confianza, lealtad y atención). (6)

### **El impacto de la relación médico-paciente en las enfermedades crónicas degenerativas**

La relación médico paciente puede ser una herramienta fundamental en el proceso de prevención y atención, así como de acompañamiento a pacientes que padecen algún tipo de enfermedad, en especial en aquellos con enfermedades crónicas degenerativas, ya que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud dichas enfermedades son de larga duración y de progresión lenta, entre las cuales se encuentran: las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes siendo estas las de principal mortalidad en el mundo y las que requieren un mayor y mejor atención, por lo que la relación médico paciente es de gran importancia en estos casos, no solo por aprovechamiento de dichos servicios de salud de estos pacientes que tienen que acudir a revisión diaria, o porque el tratamiento

requiere consultas de por vida, es aquí donde el encuentro terapéutico entre los médicos y los pacientes que padecen estas enfermedades se hace constante y necesario. (7)

Una de las enfermedades con mayor impacto es la diabetes, esta se define como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. La OMS define a la diabetes que se utiliza en las estimaciones: pacientes con glucemia en ayunas mayor igual a 7.0 mmol/l o equivalentes. (7)

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, se calcula que en el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.(7)

Por otro lado, en México se reportan 39% de muertes provocadas por hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus, siendo estas un problema de transición epidemiológica mundial.

Otra de las enfermedades crónico degenerativas que tienen gran repercusión en el país son las cardiovasculares, estas son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9.5 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidentes cerebrovasculares. (7)

En el 2008, en el mundo se habían diagnosticado de hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumento de 600 millones en 1980 a 1000 millones en

2008. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la región de África, con un 4% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40%.

En los países de ingresos bajos y medianos la hipertensión no solo es más prevalente, sino que también hay más personas afectadas por ella porque el número de habitantes de esos países es mayor que el de los países de ingresos elevados. Además, a causa de la debilidad de los sistemas de salud, el número de personas hipertensas sin diagnóstico, tratamiento ni control de la enfermedad también es más elevado en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos elevados.

La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés. La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, que se produce cuando el corazón se contrae. El segundo corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, que se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro. La tensión arterial normal en un adulto se define como una tensión sistólica de 120 mm de Hg y una tensión diastólica de 80 mm de Hg.

Sin embargo, los beneficios cardiovasculares de la tensión arterial normal se extienden incluso por debajo de esos niveles de tensión sistólica (105 mm Hg) y de tensión diastólica (60 mmHg). La hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mmHg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm hg. Los niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones, y para la salud y el bienestar en general.

Las enfermedades cardiovasculares pueden ser prevenidas mediante un proceso educativo favoreciendo la conciencia, los datos revelan que en el 2008 había 1000 millones de fumadores en el mundo y la prevalencia mundial de la obesidad casi se había duplicado desde 1980. La prevalencia mundial de la hipercolesterolemia entre los adultos mayores de 25 años era del 39%, y la de diabetes del 10%. El consumo de tabaco, la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol y el sedentarismo también son los principales factores de riesgo conductuales de todas las enfermedades no transmisibles importantes, es decir, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer.

El médico preventivo en las diferentes etapas de la vida debe ser consciente que el paciente de forma natural va a estar enfrentándose a los riesgos que cada etapa de la vida le va a ir presentando, así como también el médico va a ir también enfrentando ese riesgo durante su vida y la forma en que lo solucione o prevenga enfermarse será también una información valiosa e importante que puede transmitirle a sus pacientes. Veamos por ejemplo en la etapa de la infancia de un paciente el médico puede con sus conocimientos adquiridos por la academia dar lo mejor de su técnica pero además el médico fue infante también, o en algunos casos y tuvo hijos que pasaron por esa etapa, y de esta manera adquirió conocimientos que pueden ser útiles para sus pacientes.

Las enfermedades crónico degenerativas aun cuando no son exclusivas de la edad adulta, si se presentan más frecuentemente en este segmento de la población, por lo que el médico también está expuesto o puede padecer este tipo de enfermedades, ya que la vida del terapeuta es paralela a la vida de sus pacientes, y de esta manera comparten un contexto lleno de riesgos y oportunidades que pueden llevarlos a un proceso mórbido o a llevar una vida con equilibrio suficiente para conservar y fomentar la salud de si mismo y de los que lo rodean.

### **Calidad en la relación médico-paciente**

El presente estudio muestra un panorama de la calidad en la atención médica dada en una institución pública, por lo que es prudente definir esta cuestión. El concepto de calidad surge de los procesos industriales. Según Ishikawa la

calidad es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de un determinado producto o servicio. (16) Con esto cabe mencionar la importancia de tener algún parámetro que permita a los usuarios de algún servicio, evaluar el cumplimiento del mismo.

Aunque por otro lado existen puntos de vista al anterior donde se dice que la calidad en la atención a los pacientes, debe dejar de ser vista solo como estándares a cumplir, y debe partir desde un acompañamiento genuino por parte de ambos, tal es el caso de Aguirre Gas quien comenta que:

“la evaluación de la calidad de la atención medica debe ser un análisis metodológico de las condiciones en las que se otorga el servicio de salud, mediante la integración de un diagnostico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su presentación, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados, identificar los procesos que requieran ser mejorados, los logros alcanzados y problemas que son necesarios resolver”. (14)

Es decir la calidad de la relación médico-paciente es un ente vivo que puede ser transformado de manera no lineal, ya que se ha considerado en gran medida el uso de una estandarización de la atención médica, dejando de lado el contexto y condiciones en la que esta se desarrolla, con esto, se debe asegurar que cada paciente reciba el diagnóstico, tratamiento y terapia más adecuada para conseguir una atención sanitaria optima teniendo en cuenta las necesidades del paciente, esto de acuerdo a la OMS (1985).

Los instrumentos de medida de la relación médico- paciente permiten cuantificar la opinión del paciente en cuanto a la comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento seguido. (17)

En los Estados Unidos, se han desarrollado varios instrumentos para analizar esta situación, haciendo una revisión de la literatura destaca el instrumento Doctor-patient relationship test (cuestionario de relación médico-paciente), del cual se realizó una traducción validada en España al castellano. (17)

Se ha establecido por múltiples estudios que la relación médico paciente bien llevada puede brindar grandes beneficios en relación al apego al tratamiento y la comprensión del paciente de su proceso de enfermedad.

De los diferentes instrumentos que se han realizado para la valoración de la calidad de la relación médico paciente, el Cuestionario de la Relación Médico Paciente (CRME-P 13) fue elegido por presentar una alfa de Cronbach más alta en su validación.(18)

### **Justificación del estudio**

Los programas de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social han tenido que ir mejorando, para lograr una mejor calidad de los servicios que se ofertan. Para poder encontrar estas oportunidades de mejora se establecen estrategias para observar en donde se pueden hacer mejoras estratégicas, ya sea en la reducción y control de costos, en encontrar una manera más fácil y más exacta de establecer un diagnóstico, encontrar nuevos tratamientos y establecer nuevos controles para mejorar la atención a los pacientes.

Para esto, el IMSS ha desarrollado ciertos instrumentos que son evaluaciones del desempeño de la institución. Estas permiten identificar los puntos clave de un programa, y los puntos que se deben estar cumpliendo para lograr una mejor atención a los pacientes. Además de esto, el IMSS ha propuesto llevar a la par instrumentos que nos permitan observar la percepción que tienen los pacientes con respecto a su padecimiento, así como el nivel de compromiso que logra el médico con sus pacientes para que en conjunto lleguen a los mejores resultados, sobre todo cuando tendemos al modelo de atención en base al paciente y vamos abandonando las prácticas paternalistas.

El modelo aun cuando trata de enfocarse en los pacientes, dista mucho de ser un instrumento utilizado, solamente en la Unidad Médica Familiar Numero 13, aun cuando el instrumento debería aplicarse cada mes, son pocos los resultados que se tienen de estas encuestas que bien podrían ser útiles para mejorar nuestra calidad en la atención a los pacientes con hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus.

La utilización de escalas de medición de la relación médico-paciente se va tornando cada vez más necesarias debido a la evidencia que ha arrojado la literatura en relación al apego al tratamiento y a los resultados de la terapéutica.

Es importante que los médicos observen los resultados de su relación reflejados en la opinión de sus pacientes. Así como también podríamos distinguir los puntos más relevantes evaluados en este instrumento como lo es la calidad de la información que el médico está brindando a sus pacientes.

“Separar la función financiera favorece que los subsidios se orienten en la demanda, más que a la oferta y en lugar de sustentar la asignación de un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, la elección de cada persona basada en la eficiencia del prestador y la percepción de sus satisfacción, representaría la fuente primaria del financiamiento para el prestador de servicios.” Esta premisa está planteada como base para la reforma en materia de salud que intenta establecer la garantía de salud universal para el país. En base a esto, las instituciones estarían siendo incentivadas por su productividad. Así también se establece la libre decisión del usuario-paciente de elegir una opción entre las posibles instituciones que existen para tratar su padecimiento o para ser utilizadas como medio de vigilancia, orientación y protección para su salud y de su familia.

Según datos obtenidos en la Unidad Médica Familiar en los primeros seis meses del año 2013, se tienen registros de 98992 población derechohabiente atendido en la unidad. Se calculó que en promedio se atendían 4081 pacientes en los dos turnos. Para pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus se tuvieron un promedio de 1822 consultas al mes durante los 10 primeros meses del 2013 (total de 18,227 en 10 meses). Se observó también que el total de consultas para pacientes hipertensos (24,232 en 10 meses).

Se observó también que el total de consultas otorgadas durante el mismo periodo de tiempo (196,912 consultas de Enero a Octubre del 2013) así como de Diabetes Mellitus corresponde a 9.18%, lo que sumados nos da un porcentaje de 21.18% del total de consultas.

La utilización de un instrumento empleado a nivel mundial permite que se puedan realizar comparativas entre las diferentes instituciones. Esto establecería pautas de calidad, medirlas, y una constante monitorización de este evaluador del desempeño a través del tiempo. De esta manera podríamos observar y medir el cumplimiento de estándares de calidad, y orientar

esfuerzos en mejorar el aspecto relacional del prestador del servicio (en este caso representado por el médico) y el usuario (representado por el paciente).

## **Planteamiento del problema**

Pregunta de investigación

¿Cuál es la calidad de la relación médico-paciente en usuarios con padecimientos crónico degenerativos?

## **Objetivo general**

Describir la calidad de la relación médico-paciente en usuarios con padecimientos crónicos degenerativos, en Unidad Médica Familiar No. 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

## **Objetivos específicos**

Describir las características socio demográficas de usuarios con enfermedades cronicodegenerativas.

Determinar si el tiempo de diagnóstico de su padecimiento está asociado a la apropiada o no apropiada calidad de la relación médico-paciente

Determinar si existe algún factor socio demográfico asociado a la apropiada o no apropiada calidad de la relación médico-paciente.

Determinar si el turno de consulta tiene una asociación con la calidad de la relación médico-paciente.

Determinar si el motivo de consulta tiene una asociación con la calidad de la relación médico-paciente

## **Hipótesis general**

La calidad de la relación médico paciente en usuarios con padecimientos crónico degenerativos de la Unidad Médica Familiar No. 13 es apropiada.

### **Hipótesis específicas**

La relación médico paciente en usuarios con padecimientos crónico degenerativos es apropiada.

No existe un factor socio demográfico asociado a una apropiada calidad de la relación médico paciente.

### **Metodología**

#### **Diseño del estudio:**

El estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal.

#### **Periodo de estudio:**

Del 01 de junio del 2013 al 01 de diciembre del 2014

#### **Periodo de recolección de datos:**

Del 01 de febrero del 2014 al 30 de abril del 2014.

#### **Lugar del estudio:**

Se realizó en la sala de espera de los consultorios de la Unidad Médica Familiar No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

#### **Universo:**

Usuarios con enfermedades crónico degenerativas que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 13.

#### **Diseño y tipo de muestreo**

Es un muestreo probabilístico simple. Se consideró un margen de error del 5%, un nivel de confianza de 95% el tamaño del universo al total de pacientes en promedio atendidos 4081, un nivel de heterogeneidad de 50%, lo que da como resultado una muestra de 352 encuestas.

#### **Análisis Estadístico:**

Se llevó a cabo con el programa estadístico, SPSS versión 19, se efectuó un análisis univariado, utilizando medidas de tendencia central (media, mediana y

moda), porcentajes y cálculos de asociación utilizando la  $\chi^2$ , y p de Pesaron para el análisis bivariado. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencias.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión:**

Usuarios mayores de edad (18 años)

Usuarios con hipertensión arterial y diabetes mellitus confirmada y en tratamiento mensual.

#### **Criterio de exclusión**

Usuarios que se encontraban inestables que requieran manejo en el servicio de urgencias u hospitalización inmediata.

Usuarios con enfermedad mental asociada a trastornos psiquiátricos inestables.

#### **Criterios de eliminación**

Cuestionarios que se encontraron incompletos

Cuestionarios que tuvieron más de una respuesta

### **Instrumento de recolección de datos**

El instrumento se divide en dos segmentos:

Datos sociodemográficos: En el cual se obtuvieron datos específicos del paciente, como son la edad, sexo, estado civil, religión, nivel socioeconómico.

Se utilizó el cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P) que consta de 13 preguntas en su versión en español, evaluados con respuestas tipo likert (1: nada apropiado, a 5: totalmente apropiado) presento una alfa de Crounbach de .95

## VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable Dependiente

Definición

Calidad: Totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario.

Indicador: Calidad

Relación Médico-Paciente: interacción que se establece con el fin de devolverle al paciente la salud, aliviar su padecimiento y prevenir enfermedades.

Tipo de escala: Cualitativa nominal

### Operacionalización:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICIÓN	Tipo de variable
<b>Calidad</b>	Totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario.	Categorías resultado de la encuesta CREMP escasamente apropiada, medianamente apropiada, totalmente apropiada	13-26 escasamente apropiado, 27-39 medianamente apropiado, 40-52 regularmente apropiado, 53-65 totalmente apropiado	Cualitativa Nominal	Dependiente
<b>Sexo</b>	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.	Sexo físico valorado al nacimiento hombre, mujer	Masculino, femenino	Cualitativa Nominal	Independiente
<b>Edad</b>	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o período que se estima de la existencia de	Número de años que ha vivido la persona desde su nacimiento hasta la fecha en que se está aplicando el instrumento	18, 19, 20...	Cuantitativa Continua	Independiente

	una persona				
<b>Estado Civil</b>	Es la condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.	Se considera como la situación sentimental en la que se encuentre en ese momento.	1. Casado (a) 2. Unión Libre 3. Soltero (o) 4. viudo 5. otros	Cualitativa nominal	Independiente
<b>Religión</b>	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Sistemas de creencias del encuestado: católica, mormón, judío, budista, cristiano, etc.		Cualitativa nominal	Independiente
<b>Tiempo del diagnóstico</b>	Tiempo de evolución de la enfermedad.	Tiempo transcurrido de la fecha de diagnóstico de la enfermedad hasta el momento de la aplicación del instrumento medido en meses y años	Años de evolución.	Cuantitativa Continua	Independiente
<b>Motivo de consulta</b>	Padecimiento principal por el cual se solicita la atención médica	Padecimiento cronicodegenerativo que genera la consulta. Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, o ambos	Diabetes mellitus tipo 2 Hipertensión arterial sistémica ambos	Cualitativa nominal	Independiente
<b>Ingresos</b>	Cantidad de ingreso que percibe la familia	Cantidad de ingresos medidos en salarios mínimos que percibe la familiar al mes	Cantidad expresada en salarios mínimos, 1,2,3,4 o mas de 4 salarios	Cuantitativa continua	independiente

### **Procedimiento del estudio:**

El protocolo se sometió a revisión del Comité local de investigación y ética número 702 del Hospital General de Zona no. 02 de Tuxtla Gutiérrez para que fuese aceptado y registrado al Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS).

Una vez registrado se giraron los oficios correspondientes para que el Director de la Unidad brindara las facilidades para la realización del estudio.

Posteriormente se realizaron la captura de las encuestas en el programa SPSS (Paquetes estadístico para las ciencias sociales, por sus siglas en inglés) para su análisis e interpretación, determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado.

### **Consideraciones éticas**

El presente proyecto de investigación tiene apego a la Ley General de Salud, de igual forma fue evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital General de Zona No. 2 donde se analizó su factibilidad y realización. La información obtenida de los encuestados involucrados en el estudio es confidencial.

De acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (Secretaría de Salud 1986); En su título segundo "De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos". La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1, Investigación sin riesgo.

Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no lleva nombre ni dirección, antes de aplicarlo se brindara una explicación que pueda ser comprendida, sobre la justificación y objetivos de la investigación, realizar cualquier pregunta, y aclaración a cualquier duda del procedimiento, beneficios y otros puntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar

en el estudio sin que por ello se formen prejuicios para continuar con su forma de trabajo según las fracciones I, VI, VII y VIII.

Con respecto al consentimiento informado, se estableció lo determinado en el Artículo 23 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

Este estudio está en base de los doce principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas” Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989.

## **Recursos**

### **Recursos humanos**

1 Residente de medicina familiar

2 asesores

1 encuestador voluntario

### **Recursos materiales**

Se requirieron de hojas de papel impresas con el cuestionario, así como 4 bolígrafos para la realización de las encuesta. Gafetes de identificación. Computadora para procesar y capturar los datos obtenidos. Programa de cálculo estadístico para procesamiento de datos.

## **Recursos financieros**

Fueron solventados por los recursos del propio investigador.

## **Resultados**

### A) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (ver tabla 1.)

La muestra de la población en el estudio fue de 352 usuarios que cumplieron con los criterios de selección. De los cuales el 60% fueron mujeres y 40% hombres pertenecientes al universo de trabajo de la Unidad de Medicina Familiar número 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas de ambos turnos laborales. En relación a las edades estas oscilaron entre la edad mínima de 30 y edad máxima de 85 años, con una media de 51.42 años desviación estándar +- 11.48

En relación al estado civil, se encontró que el 68.2% fueron casados, representando la mayor proporción de la población, seguida en frecuencia por las de viudos con un de 11.1% (n= 39), así como solteros 10.2% (n=36) y otros, que representan un 10.5% respectivamente.

Con respecto a los ingresos percibidos se encontró los que ganaban 3 salarios fueron los más numerosos con 48% seguidos de dos salarios mínimos 21.3%, 19 % de cuatro salarios mínimos, cinco o más 7.4%, y un salario mínimo con 4.3%.

Según la religión que profesan el 72.7 % pertenecen a la católica, 21.3% cristiana y 6% reportaron otras religiones o no profesan ninguna.

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variable	N	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	210	60%
Masculino	141	40%
<b>Edad</b>		
Moda	47	
Mediana	50	
Media	51.4 años	
<b>Estado civil</b>		
Casados	240	68.2
Viudos	39	11.1
Solteros	36	10.2
Otros		10.5
<b>Ingreso económico</b>		
Un salario	15	4.3
Dos salarios	75	21.3
Tres salarios	169	48
Cuatro salarios	67	19
Cinco o más salarios	26	7.4
<b>Religión</b>		
Católico	256	72.7
Cristiana	75	21.3
Otras	21	6

Fuente: Encuesta incluida en el estudio "Calidad de la relación médico paciente en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial" 2014.

## B) MOTIVO DE CONSULTA (ver tabla 2.)

De acuerdo al padecimiento por el cual acudían a consulta el 45.7% pertenece al grupo de hipertensos, el 42.9% pertenecen a diabéticos y el 11.4% a ambos.

Tabla 2. Motivo de consulta

Padecimiento	N	%
Hipertensión arterial	161	45.7
Diabetes mellitus 2	151	42.9%
Ambas	49	11.4%

Fuente: Encuesta incluida en el estudio "Calidad de la relación médico paciente en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial" 2014.

### C) CALIDAD DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Los resultados de la aplicación de la encuesta de la relación médico – paciente CREM-P arrojó que un 82.1 % refirió tener totalmente apropiada relación médico paciente apropiada relación con su médico, un 16.5 % refirió tener una regularmente apropiada relación, y un 1.5 % reporto encontrarse con una relación medianamente apropiado. No se reportaron resultados escasamente apropiados.

Tabla 3. Calidad de la relación

Calidad	N	%
Totalmente apropiada	289	82.1%
Regularmente apropiada	58	16.5%
Medianamente apropiada	5	1.5%

Fuente: Encuesta incluida en el estudio "Calidad de la relación médico paciente en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial" 2014.

#### d) Motivo de consulta y calidad de relación médico-paciente (ver tabla 4)

En la relación del padecimiento por el cual se acude a consulta los pacientes con hipertensión arterial presentaron 80% con una relación totalmente apropiada, 17% regularmente apropiada y el 1% medianamente apropiada. Los de diabetes mellitus 88% totalmente apropiada, 11% regularmente apropiada, 0.6% medianamente apropiada. Y los que se encuentran con ambos 65% es con totalmente apropiada, 32% regularmente apropiada y 2% escasamente apropiada.

Tabla 4. Motivo de consulta y calidad

<b>Motivo de consulta</b>	<b>Medianamente apropiado</b>	<b>Regularmente Apropiado</b>	<b>Totalmente apropiado</b>
Diabetes mellitus	1	17	133
Hipertensión Arterial	3	28	130
Ambas	5	13	26

Fuente: Encuesta incluida en el estudio “Calidad de la relación médico paciente en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial” 2014.

c) CALIDAD Y TURNO (ver tabla 5)

Se encontró en la relación calidad con turno de consulta con el turno vespertino 158 reportaron totalmente apropiada, 18 regularmente apropiada, no se reportaron medianamente apropiada. En el turno matutino se reportaron 131 totalmente apropiada, 40 regularmente apropiada, y 5 medianamente apropiada.

Tabla 5. Motivo de consulta y calidad

<b>Motivo de consulta</b>	<b>Medianamente apropiado</b>	<b>Regularmente Apropiado</b>	<b>Totalmente apropiado</b>
Matutino	5	40	131
Vespertino	0	18	158

Fuente: Encuesta incluida en el estudio “Calidad de la relación médico paciente en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial” 2014.

Variables sociodemográficas y calidad de la relación médico paciente

Al realizar una comparativa de variables se encontró que en el grupo del sexo femenino el 81% reportó totalmente apropiada relación con su médico, así como el 82% del grupo de los hombres reporto totalmente apropiada relación con su médico. Menos del 2% de ambos grupos reportaron una relación medianamente apropiada.

En la variable de religión se encontró con que el 81.6% de los católicos reportaron una calidad de la relación totalmente apropiada, 16.79% reporto regularmente apropiada, y 1.56% medianamente apropiada, el grupo de cristianos reportó totalmente apropiado el 85% de los encuestados, así como 14.6% reportó regularmente apropiada, no se reportaron resultados inferiores en el grupo de los cristianos. En otros el porcentaje de totalmente apropiado disminuyo a 76%, regularmente apropiado 19%, y 23% para medianamente apropiado.

Calidad								
Religión	Medianamente	%	Regularmente	%	Totalmente	%	Total	%
<b>Católica</b>	4	1	43	12	209	59	256	72
<b>Cristiano</b>	0	0	11	3	64	18	75	21
<b>Otros</b>	1	0.2	4	1	16	4	21	5
<b>Total</b>	5	1	58	16	289	82	352	100

Fuente: Encuesta incluida en el estudio "Calidad de la relación médico paciente en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial" 2014.

En los resultados de estado civil se encontró la relación del grupo de casados fue el más numeroso y reportó totalmente apropiado un 86%, regularmente apropiado 12% y medianamente apropiado 0.8%. El grupo de los viudos reportó 87% con totalmente apropiada relación médico paciente, 10% con regularmente apropiado, y 2% medianamente apropiado. Los solteros reportaron 72% para totalmente apropiado y 27% regularmente apropiado. Los divorciados con el 68% reportaron totalmente apropiado, el 27% con regularmente apropiado, y el 3% medianamente apropiado.

## Análisis bivariado

### Sexo y calidad de la relación médico paciente

Calidad				
Sexo	Medianamente apropiado	Regularmente apropiado	Totalmente apropiado	total
femenino	4	34	173	211
masculino	1	24	116	141
total	5	58	289	352

Fuente: Encuesta incluida en el estudio "Calidad de la relación médico paciente en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial" 2014.

Se obtuvo una  $\chi^2 = 0.881$  y una  $p=0.644$  el cual no se obtuvo una asociación significativa.

### Religión y calidad de la relación médico paciente

Calidad				
Religión	Medianamente apropiado	Regularmente apropiado	Totalmente apropiado	total
Católica	4	43	209	256
Cristiana	0	11	64	75
Otros	1	4	16	21
Total	5	58	289	352

Fuente: Encuesta incluida en el estudio "Calidad de la relación médico paciente en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial" 2014.

Se obtuvo una  $\chi^2$  cuadrada de 3.193 y  $p=0.526$  el cual no mostro asociación significativa.

### Estado civil y calidad de la relación médico paciente

Calidad				
Estado civil	Medianamente apropiado	Regularmente apropiado	Totalmente apropiado	total
Soltero	0	10	26	36
Casado	2	31	207	240
Viudo	1	4	34	39

<b>En unión libre</b>	1	5	2	8
<b>Divorciado</b>	1	8	20	29
<b>Total</b>	5	58	289	352

Fuente: Encuesta incluida en el estudio “Calidad de la relación médico paciente en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial” 2014.

Al realizar el análisis de correlación entre el estado civil y la calidad de la relación médico paciente se encontró significativa con una  $\chi^2$  32.054 y una  $p=0.000$

## Conclusiones

La mayoría de los pacientes que acude a consulta de control de enfermedades cronicodegenerativas tales como diabetes mellitus e hipertensión arterial perciben una calidad de la relación con su médico totalmente apropiada.

Las escalas tipo Likert sobreestiman de por si los resultados. La mayoría de los pacientes tienden a evaluar bien a su médico aun a pesar de que pueden existir expectativas no cumplidas, como en el ámbito del tiempo de consulta.

Las características sociodemográficas no mostraron correlación relevante para la evaluación de la calidad medico paciente.

Aun cuando se pudieron encontrar algunas variaciones con respecto a los turnos, y a los consultorios, no se encontró ninguna con valores significativos para poder tomarse en consideración.

En relación a la religión y la calidad, los pacientes que declararon ser cristiana evaluaron más totalmente apropiada la calidad de la relación que los demás grupos. Así como el grupo que integraba a las minorías religiosas resultó con una satisfacción menor de la calidad de la relación médico paciente.

Referente al motivo de consulta y la calidad de la relación, encontramos que los pacientes diabéticos son los que mostraron mayor satisfacción con la calidad de la relación, seguidos de los hipertensos, y el grupo que presento resultados más variados y menos satisfechos fueron los que presentan ambas patologías. Aun así la mayoría respondió que la calidad de la relación era totalmente apropiada.

## **Discusión**

Los pacientes con padecimientos cronicodegenerativos tienen una relación de largo tiempo con sus médicos, esto favorece a que los vínculos afectivos así como los niveles de comunicación sean mucho más profundos que los pacientes que eventualmente acuden a consulta. De esta manera los pacientes logran compensar los tiempos que pueden ser insuficientes en una sola consulta.

Se deben buscar instrumentos de medición de la calidad de la relación médico paciente, así como indicadores de consulta donde reflejen de la manera más cercana posible lo que se está viviendo en la consulta diaria de los medico familiares de las unidades del instituto. Los pacientes con padecimientos cronicodegenerativo son una población a la cual se le atenderá por muchos años y que constantemente tienen que estar acudiendo a consultas, estos pacientes que pueden llegar a representar más de un tercio de la consulta de medicina familiar son un buen grupo con el cual iniciar programas de mejora de la calidad de la atención.

Los esfuerzos por realizar mejoras de la calidad de la relación médico paciente contribuirán a que los servicios que se prestan en la institución se tornen más humanos y completos. Esto nos hará más competitivos, fomentara una cultura de calidad, ayudara en el acompañamiento que tiene el medico a través de las etapas de las enfermedad de sus pacientes, y será siempre un distintivo importante para una institución que busca la excelencia en todas las labores que realiza. De esta manera el Instituto Mexicano del Seguro Social puede continuar ofreciendo un servicio que seguirá siendo referente histórico nacional.

## **Propuesta**

Se sugiere mantener un sistema de evaluación de la calidad de la relación medio paciente para poder mantener una calidad de la atención más adecuada para nuestros derechohabientes. La mejora de las relaciones entre médicos y pacientes tiene un impacto en la mejoría de la salud de los pacientes, mejora la

imagen institucional, disminuyen las quejas y las demandas. Y hacen que la labor del médico familiar sea mucho más profunda y tenga una mayor influencia en los procesos de acompañamiento de los pacientes en la salud enfermedad.

## Bibliografía

- 1.- Emanuel, Ezekiel J. Cuatro modelos de la relación médico paciente. New York: Perseus Publishing. ISBN 978-1-58648-662-4. (2008) Consultado el 22 de Julio del 2013 [consultado el 22 de junio del 2013] Disponible en: [http://rlillo.educsalud.cl/Curso%20Transv%20Bioetica%202012%20/Emanuel%20E.%20Cuatro\\_modelos\\_relacion\\_M-P.pdf](http://rlillo.educsalud.cl/Curso%20Transv%20Bioetica%202012%20/Emanuel%20E.%20Cuatro_modelos_relacion_M-P.pdf).
- 2.-Semiología médica y técnica exploratoria Antonio Surós Batlló, Juan Surós Batlló Elsevier España, 2001 - 1184 páginas
- 3.- Carrera JM. Evolución de la relación médico paciente. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires;2006.
- 4.- Freire P. Pedagogía del oprimido. México, D.F. Siglo XXI. 2007
- 5.- Fajardo Dolci G, Moctezuma JM, Venegas Páez M, Villalba Espinosa I, Aguirre Gas A. Revista CONAMED. Análisis de la calidad de la atención medica en 120 pacientes que fallecieron por influenza A (H1N1). Volúmen 17, Número 1, enero-marzo 2012. ISSN1405-6704.
- 6- Parsons, T. The Social System. Glencoe, Ill. The Free Press, 1952.
- 7.- Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient – doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patient’s perspectives [Internet]. *Br J Gen Pract*. 2009 Apr;59(561):e116-33. doi: 10.3399/bjgp09X420248. 2009 [consulta el 22 de junio del 2013]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19341547>.
- 8.- Organización Mundial de la Salud. 1994. [Consulta el 20 de julio del 2013] Disponible en: [www.admisal.com.ar/descargas/calidad\\_de\\_la\\_atencion\\_medica.doc](http://www.admisal.com.ar/descargas/calidad_de_la_atencion_medica.doc).
- 9.- Instituto Mexicano del Seguro Social. División de control y operación de proyectos específicos. Manual 2013 [Consulta el 20 de julio del 2013] Disponible en:<http://actrav.itcilo.org/courses/1999/A2555/trabajos/Informes/inf.nac/mexico/mexico.htm>
- 10.- American Society for Quality Control: American National Standard Definition, Symbols, Formulas, and Tables for Control Charts, Milwaukee (Wisconsin), ASQC, [Internet]. Quality Press, 1987. [Consulta el 22 de junio del 2013]. Disponible en <http://onlinepubs.trb.org/onlinepubs/circulars/ec037.pdf>

11.- ARANGUREN, E. A., y REZZÓNICO, R. A., Auditoría Médica. Garantía de Calidad en la atención de la Salud. Centro Editor de la Fundación Favaloro, Bs. As., 1999.

12.- Paradigma XXI Alianza para la Incidencia Colaborativo en Salud. Alianza de Organizaciones de la Sociedad Civil de Argentina para la promoción de un Modelo de Salud Centrado en las Personas. [Internet] Concurso CAESPO. Buenos Aires, Agosto 2009. [Consultado el 23 de enero del 2013]. Disponible en [http://www.gestionsocial.org/archivos/00000586/Iniciativa\\_Derechos\\_Pacientes\\_2009.08.31e.pdf](http://www.gestionsocial.org/archivos/00000586/Iniciativa_Derechos_Pacientes_2009.08.31e.pdf)

13.-Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes. Ginebra Suiza, 2013. Disponible en [www.patientsorganizations.org/healthliteracy](http://www.patientsorganizations.org/healthliteracy).

14.- Buber. M Yo y Tu, Ed. Nueva Visión, Bs. As. 1997

15. Aguirre-Gas HG, "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. ¿Una tarea para médicos?", CirCiruj, 2007; 75:149-50

16.- Civera, M. Tesis Doctoral: Análisis de la Relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido. Castellon de la Plan, Abril de 2008.

17.-M Van der Feltz'cornelis Christina, Van Oppen P. A patient'doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. General Hospital Psychiatry. Volumen 26, número 2, páginas 115-120, Marzo del 2004.

18.- Mingote Adan J. C., Moreno-Jimenez B., Rodriguez- Carvajal R., Galvez Herrer M., Ruiz-López P. Validación psicométrica de la versión española del cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). ActasEspPsiquiatr, año 2008, volumen 36. Páginas del 1-7.

## Anexos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<u>Calidad de la relación médico paciente en usuarios con padecimientos crónico degenerativos</u>
Patrocinador externo (si aplica):	_____
Lugar y fecha:	<u>Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas, a 31 enero del 2013</u>
Número de registro:	_____
Justificación y objetivo del estudio:	<u>Describir la calidad de la relación médico paciente en usuarios con padecimientos crónico degenerativas en la unidad de medicina familiar No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas</u>
Procedimientos:	<u>Se realizara una encuesta exprofeso</u>
Posibles riesgos y molestias:	<u>Ninguno</u>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	_____
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	_____
Participación o retiro:	_____
Privacidad y confidencialidad:	_____

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

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): \_\_\_\_\_

Beneficios al término del estudio: \_\_\_\_\_

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

Investigador Responsable: Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara, Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón

Colaboradores: Dr. Jorge Arturo Juárez Díaz de León

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

Nombre y firma del sujeto \_\_\_\_\_

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

Testigo 1

Testigo 2

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

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

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

Clave: 2810-009-013

## Instrumento

Cuestionario del proyecto Calidad de la relación médico paciente en usuarios con padecimientos crónico degenerativos.

1.0 No. De encuesta\_\_\_\_\_

1. Edad:\_\_\_\_\_
2. Sexo: 1.21Femenino 1.22Masculino
3. Religión: \_\_\_\_\_
4. Estado civil: 1.41 Soltero 1.42 Casado 1.43 Viudo 1.44 En unión libre  
1.45 divorciado 1.46 otros\_\_\_\_\_
5. Enfermedad por la que acude a consulta: 1.51 Diabetes Mellitus

1.52 Hipertensión Arterial

6. Tiempo de evolución: (años) HAS \_\_\_\_

Diabetes Mellitus\_\_\_\_

7. Salario Mínimo: 1.71 Un salario mínimo 1.72 Dos salarios mínimos 1.73 Tres salarios mínimos 1.74 Cuatro salarios mínimos 1.75 Cinco o mas salarios mínimos
8. Turno: 1.81 Vespertino 1.82 Matutino  
Consultorio\_\_\_\_\_

Cuestionario de relación Médico-Paciente (CREM-P)

Contestar marcando una sola respuesta a cada pregunta. 1: nada apropiado, 2, escasamente apropiado, 3 medianamente apropiado, 4 regularmente apropiado, 5 : totalmente apropiado.

No dejar preguntas sin contestar.

	Pregunta					
1	Mi médico me entiende	1	2	3	4	5
2	Confío en mi médico	1	2	3	4	5
3	Mi médico se esfuerza en ayudarme	1	2	3	4	5
4	Puedo hablar con mi médico	1	2	3	4	5
5	Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico	1	2	3	4	5
6	Mi médico me ayuda	1	2	3	4	5
7	Mi médico me dedica suficiente tiempo	1	2	3	4	5
8	El tratamiento que me ha puesto mi médico me está	1	2	3	4	5

	beneficiando					
9	Estoy de acuerdo con mi médico sobre las causas de mis síntomas	1	2	3	4	5
10	Encuentro a mi médico muy accesible	1	2	3	4	5
11	Gracias a mi médico me encuentro mejor	1	2	3	4	5
12	Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud	1	2	3	4	5
13	Ahora controlo mejor mis síntomas (aunque vea menos al médico)	1	2	3	4	5

Respuestas (1: nada apropiado, 2, escasamente apropiado, 3 medianamente apropiado, 4 regularmente apropiado, 5 : totalmente apropiado)

### Cronograma de actividades

Año	2013			2014								2015													
Etapas/tiempo	s	o	n	d	e	f	m	a	m	j	j	a	s	o	n	d	e	f	m	a	m	j	j	a	
Recopilación de datos bibliográficos																									
Elaboración de protocolo																									
Registro de proyecto																									
Recolección de datos																									
Análisis de datos																									
Corrección de estilo																									
Reporte final																									