



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA  
COORDINACIÓN POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**“PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE POR LOS  
DERECHOHABIENTES DE LA UMF No.27, TIJUANA”**

**PRESENTA:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Dr. Ricardo Daniel Espinosa Moreno  
Médico Residente en Medicina Familiar

**INVESTIGADOR RESPONSABLE**

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando  
Médico Especialista en Medicina Familiar

**INVESTIGADOR Y ASESOR TEMÁTICO**

Dr. Gerardo Ruíz González  
Médico Especialista en Medicina Familiar

**Tijuana, Baja California; Febrero 2023**

## INDICE

<b>1. Título</b>	<b>2</b>
<b>2. Identificación de los investigadores</b>	<b>3</b>
<b>3. Resumen</b>	<b>4</b>
<b>4. Marco Teórico</b>	<b>6</b>
<b>5. Antecedentes</b>	<b>10</b>
<b>6. Justificación</b>	<b>13</b>
<b>7. Planteamiento del Problema</b>	<b>14</b>
<b>8. Objetivos</b>	<b>15</b>
<b>9. Material y Métodos</b>	<b>16</b>
<b>Diseño del estudio</b>	<b>16</b>
<b>Población de estudio</b>	<b>16</b>
<b>Periodo</b>	<b>16</b>
<b>Lugar de realización del estudio</b>	<b>16</b>
<b>Criterios de selección</b>	<b>17</b>
<b>Selección y tamaño de la muestra</b>	<b>18</b>
<b>Instrumentos</b>	<b>18</b>
<b>Métodos y procedimientos</b>	<b>19</b>
<b>Análisis estadístico</b>	<b>20</b>
<b>Definición conceptual y operacionalización de las variables</b>	<b>21</b>
<b>11. Aspectos éticos y normativos</b>	<b>23</b>
<b>12. Bioseguridad</b>	<b>25</b>
<b>13. Recursos humanos, financiamiento y factibilidad</b>	<b>26</b>
<b>14. Cronograma de actividades</b>	<b>27</b>
<b>15. Resultados</b>	<b>28</b>
<b>16. Discusión</b>	<b>34</b>
<b>17. Conclusión</b>	<b>37</b>
<b>18. Referencias Bibliográficas</b>	<b>39</b>
<b>19. Anexos</b>	<b>41</b>

## **1. TITULO**

“PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE POR LOS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No.27, TIJUANA”.

## 2. IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

### **Dr. Ricardo Daniel Espinosa Moreno**

Médico Residente de Tercer año de Medicina Familiar y Tesista  
UMF 27, Tijuana.  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Matricula: 98029494  
Teléfono: 9611228510  
Correo electrónico: ricardo\_espinosa2808@hotmail.com

### **Dr. Gerardo Ruíz González**

Médico Familiar e investigador y Asesor Temático  
UMF 27, Tijuana.  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Matricula: 98024486  
Teléfono: 6647662163  
Correo electrónico: elgeras.sp@gmail.com

### **Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando**

Médico Familiar e Investigador Responsable  
UMF 27, Tijuana  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Matricula: 98020718  
Teléfono: 6643298837  
Correo electrónico: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx

**Lugar donde se llevará a cabo:** Unidad de Medicina Familiar No. 27, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California.

### 3. RESUMEN

## “PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE POR LOS DERECHOHABIENTES DE LA UMF No.27, TIJUANA”

*Bermúdez-Villalpando VI<sup>1</sup>, Espinosa-Moreno RD<sup>2</sup>, Ruíz-González G<sup>3</sup>*

1. Médico especialista en Medicina Familiar, Coordinación de educación e investigación en salud UMF 27, Delegación Baja California. IMSS
2. Médico Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 27, Delegación Baja California. IMSS
3. Médico especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 27, Delegación Baja California. IMSS

**INTRODUCCIÓN:** La interacción entre el doctor y el paciente juega un papel realmente fundamental en la práctica de la medicina, debido a que ésta es primordial para dar una atención médica de calidad. La identificación de los factores que se asocian a la percepción del paciente en torno a la Relación Médico-Paciente es el primer paso en el largo trayecto encaminado a generar estrategias que permitan fortalecer esta colaboración la cual es la base de todo el desarrollo de la atención a la salud.

**OBJETIVO GENERAL:** Conocer la percepción de la Relación Médico-Paciente por los derechohabientes de la UMF no. 27, Tijuana.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, transversal, prospectivo. Se realizará en pacientes mayores de 20 años de edad, de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California, con un tamaño muestral de 461 pacientes. Se realizará un cuestionario PDQR-9 para identificar la percepción de la Relación Médico-Paciente. Se realizará estadística descriptiva; para variables cualitativas se utilizarán frecuencias y porcentajes; para variables cuantitativas, media y desviación estándar. Los datos obtenidos se analizarán en el programa SPSS versión 26.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron 461 encuestas en las que se encontró que no existió un predominio de género, ocupación, religión y escolaridad. Se halló que el 43% de los individuos están legalmente casados, mientras que en cuanto a la edad, la década de mayor representación fue la de los 40 a 49 y 50 a 59 años con una media de 48.28 años y una moda de 53 respectivamente. Con respecto al cuestionario PDRQ-9 se identificó que el ítem con la puntuación más alta fue “Puedo hablar con mi médico” con una media

de 3.87 y el puntaje más bajo fue para el ítem “Mi médico tiene suficiente tiempo para mí” con una media de 2.92.

**CONCLUSIONES:** con esta investigación se logró documentar una percepción de la relación médico-paciente por encima de la media en nuestra unidad de medicina familiar que nos invita a mejorar procesos de atención en material de salud para el beneficio de nuestra población institucional.

**PALABRAS CLAVE:** Relación Médico-Paciente, Cuestionario PDQR-9.

#### 4. MARCO TEÓRICO

Desde los inicios de la medicina y durante su evolución y desarrollo, esta le ha conferido especial importancia a la relación Médico-Paciente, por ser la clave para el éxito en la gestión asistencial. La práctica de la medicina, combina la ciencia y la tecnología con la aplicación de conocimientos y valores. Dicha combinación gira alrededor de la interacción resultante entre el Médico y el Paciente, elemento necesario para que las acciones del primero puedan intervenir positivamente en las necesidades del enfermo. Como fenómeno complejo es capaz de conducirse por dos caminos completamente opuestos: sanar o hacer daño. Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que debe tener lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico, en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica.<sup>1</sup>

La relación Médico-Paciente es una relación al menos entre dos personas, dos historias de vida, dos mundos. Cuando un paciente entra en contacto con un médico y se establece una relación terapéutica, se desarrolla un sistema que tiene por objeto la interacción en el que tanto uno como otro, se han de encontrar comprometidos con una causa que promueve a ambos en la consecución de un fin. En la Relación Médico-Paciente se tiene como fin inmediato restaurar la salud del enfermo. Conlleva responsabilidad compartida, el médico tiene responsabilidad con el paciente y consigo mismo, el paciente tiene responsabilidades con el médico y consigo mismo.<sup>2</sup>

Esta relación constituye el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos. En ella intervienen varios factores: las características de la personalidad del paciente y del médico; los aspectos comunicacionales constituidos por el contenido verbal y no verbal del mensaje que se transmite, las conductas y actitudes que dependen del rol que desempeña cada uno de los miembros de la relación, las interacciones afectivas (transferencia, contratransferencia, empatía), y las características del ámbito en el que la relación se desenvuelve.<sup>3</sup>

A medida que la naturaleza de la Relación Médico-Paciente ha evolucionado, también lo ha hecho la naturaleza y la necesidad de comunicación. Esta evolución esencialmente ha implicado aumentar la cantidad y la calidad de la información compartida con el paciente, facilitando y asegurando un proceso de comprensión que le permitirá al paciente participar en el proceso de toma de decisiones y tomar decisiones informadas. Es bastante obvio que el ancla de este proceso está en el contenido, la naturaleza y el tono de comunicación involucrado.<sup>4</sup>

Los puntajes de satisfacción del paciente se correlacionan significativamente con las habilidades de comunicación del médico y esto, a su vez, se asocia con menos quejas por negligencia, mayor satisfacción del médico y menos agotamiento.<sup>4</sup>

La comunicación que se entabla entre médico y paciente debe ser empática, lo cual significa colocarse en el lugar del enfermo, meterse en su piel, ponerse sus zapatos, ver con sus ojos y hablar con sus palabras. Representa una actitud que favorece el respeto y dignifica la relación personalizada, pues cada encuentro con cada paciente es un momento de singularidad.<sup>5</sup>

Por importante que sea para establecer una atención centrada en el paciente, la comunicación médico-paciente sigue siendo, en cualquier caso, un fenómeno complejo. Su complejidad aumenta cuando se trata con pacientes de diferentes grupos sociales. Varios estudios han indicado que las experiencias de los pacientes en la atención médica varían entre diferentes grupos sociodemográficos. El estilo de comunicación de los médicos, por ejemplo, tiende a diferir según la formación académica del paciente, los pacientes con educación inferior tienden a estar menos informados y menos involucrados en las decisiones de tratamiento, se abordan más de una manera directiva y dominante, así como se les pregunta asumir más responsabilidad por su propio cuidado. Además, las investigaciones han demostrado un estilo de comunicación estereotipada hacia los grupos minoritarios étnicos. En este contexto, la comunicación entre el médico y el paciente de la minoría étnica están altamente influenciados por la discordancia del lenguaje.<sup>6</sup>

Si el paciente percibe al médico como confiable y útil, se forma una buena base para cualquier tratamiento médico posterior. Si definimos la comunicación como significado de compartir, la relación es el contexto y el marco de la comunicación. Es evidente que este contexto intersubjetivo, que depende profundamente de las emociones y rasgos del médico y del paciente, puede determinar el significado de la enfermedad y el tratamiento. La comunicación y las intervenciones médico-paciente se centran más en actuar como terapeuta, mientras que la relación médico-paciente se centra en ser un sanador. A menudo, el médico de atención básica es el único experto con un contacto regular y frecuente.<sup>7</sup>

Una adecuada comunicación trae dos importantes beneficios: compartir información clínica apropiadamente y una buena relación médico-paciente. Los pacientes que están informados y educados sobre su salud y cómo mejorar su estado de bienestar se recuperan más rápido que quienes no lo están. Además, los pacientes se benefician de médicos con buena comunicación interpersonal pues logran una mejor comprensión de la información médica, se adaptan mejor psicológicamente, están más satisfechos con la atención, se adhieren mejor al tratamiento y confían más en sus médicos. También se beneficia el médico quien gana como profesional y persona, pues se estresa menos, maneja mejor las malas noticias y la ira, establece mejores relaciones con sus colegas, vive más satisfecho con su trabajo, identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión, mejora la percepción del paciente con respecto a su competencia y es menos probable que reciba denuncias formales por mala praxis. Asimismo, el sistema de salud se beneficia porque una buena relación médico-paciente disminuye la estancia hospitalaria, genera un menor número de referencias e interconsultas y aminora los costos al promover un enfoque preventivo de la salud.<sup>8</sup>

Las necesidades y conflictos del paciente durante la relación tienen un gran significado, partiendo de lo que constituye la enfermedad para el paciente, o sea las necesidades que dejarán de ser satisfechas y la necesidad de una recuperación inmediata de la salud, que queda bajo la responsabilidad del médico, y que de no ser posible, aumenta el cúmulo de frustraciones del paciente y genera el cuestionamiento acerca de la capacidad

diagnóstica y terapéutica del profesional de la salud. Los conflictos que se producen en el paciente pueden distorsionar e incluso terminar la relación.<sup>9</sup>

Evaluar la calidad de la relación entre pacientes y proveedores es un desafío debido a su naturaleza experiencial. No existe un acuerdo universal sobre la definición de la calidad de las relaciones o los componentes que sustentan el concepto, lo que dificulta el desarrollo de herramientas de evaluación (cuestionarios) válidas y confiables. Además, se cree que la calidad de las relaciones entre pacientes y médicos está influenciada por diversos factores propios de cada uno de los individuos.<sup>10</sup>

Entre los factores que modifican la comunicación Médico-Paciente se encuentran: 1) la edad; 2) género; 3) estatus socioeconómico (los pacientes de la clase trabajadora usan términos físicos como dolor, estreñimiento, etc.); 4) etnia (es más que una cuestión de idioma, y las diferencias en la comunicación están relacionadas con la cultura y las creencias); 5) tiempo de consulta; 6) estilo de consulta; entre otros.<sup>11</sup>

Aunque se han desarrollado muchos instrumentos diferentes para evaluar esta relación, se subestima la importancia de evaluar la Relación Médico-Paciente en la investigación científica. La gran variedad de instrumentos dificulta la comparación de resultados de diferentes estudios y la elección de qué instrumento utilizar en investigaciones futuras.<sup>12</sup>

Existen herramientas que permiten la evaluación de la calidad médico-paciente como el cuestionario PDQR-9 de 15 ítems (Patient-Doctor Relationship Questionnaire) de Van der Feliz-Cornelis, Van Oppen, Van Marwijk, De Beurs y Van Dyck del año 2004 y que fue adaptado a su versión en español en el año 2009 por Mingote y colaboradores. El cuestionario final obtenido (CREM-P) de 13 ítems se muestra como un instrumento fiable, válido y de fácil cumplimentación, diseñado para permitir la evaluación tanto en contextos clínicos como de investigación.<sup>13</sup>

## 5. ANTECEDENTES

En 2008 Ramos-Rodríguez llevó a cabo un estudio con 168 pacientes de consulta externa del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en Perú, a los cuales se les realizó un cuestionario para evaluar la calidad de la relación Médico-Paciente. Los resultados arrojados señalaron que existió una percepción adecuada en cuanto a la Relación Médico-Paciente en 92,3% de los pacientes que concluyeron la encuesta, y 89,3% afirmó encontrarse muy satisfecho con la atención médica.<sup>14</sup>

Martín-Fernández et al (2010) realizaron un estudio en seis centros de Atención Primaria en la comunidad de Madrid, España con el objetivo de evaluar la satisfacción de los pacientes con su Médico Familiar. Analizaron a 451 pacientes cuyos resultados demostraron que la media de la satisfacción fue de 4,41 con un intervalo de confianza del 95% en una escala de uno (menor satisfacción) a 5 (mayor satisfacción) con una mediana de 4,78 (rango intercuartil: 4,00 – 5,00). Cuatro de cada 10 sujetos expresaban la máxima satisfacción posible. La edad (OR: 1,03, IC del 95%: 1,02 – 1,05) y el vivir en zonas rurales (OR: 1,44, IC del 95%: 0,94 – 2,20) se asociaban con una satisfacción mayor.<sup>15</sup>

Azcarate-García y colaboradores (2014) evaluaron el grado de satisfacción que tenían los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en Callao, Perú, conforme la calidad de la atención médica que se les brindó: los hallazgos reportaron que la percepción fue satisfactoria en 53% de los encuestados, regular en 27% y poco satisfactoria en el 20%, concluyendo que este grupo de estudio refirieron tener una buena relación con su médico y estar satisfechos con la atención recibida en 49%; en comparación los pacientes descontrolados se encontraban satisfechos solo en un 4%.<sup>16</sup>

Mendoza y colaboradores (2016) en el documento titulado “Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú”, evaluó a 179 pacientes, de los cuales el 64.8% (116) fueron mujeres y el promedio de edad fue de 42.1 +- 11.9 años. El 23% (41) de los usuarios percibieron una relación médico-paciente (RMP) buena, el 52% (93) regular y el 25% (45) mala. Las variables finalmente asociadas

con una buena RMP fueron tener 18 - 35 años (OR = 8.1 [IC 93%; 1,6 – 40,1), haber elegido su médico [OR = 20.5 [IC 95%; 5,1 – 82,5) y ser atendido por una médico mujer (OR=3,1 [IC 95%; 1,01 – 9,3). En ella concluye que existe un bajo porcentaje (23%) de pacientes que perciben una buena relación médico - paciente. El elegir a su médico, ser paciente joven y ser atendido por una médico mujer influyen en tener una buena relación médico-paciente.<sup>17</sup>

Quintero-Bohórquez et al (2016) desarrollaron un estudio descriptivo transversal analítico retrospectivo en el Hospital de Bosa II Nivel ESE de Bogotá, Colombia, en el que se condujo una evaluación de la Relación Médico-Paciente y el nivel de satisfacción utilizando el cuestionario PDRQ-9 cuyo resultado señaló que la percepción de dicha interacción entre el binomio es apropiada, debido a que el muestreo se documentó que el 58 % de los pacientes refirieron que su médico los entiende, estando satisfechos 6 de cada 10 pacientes encuestados; solo un 20 % presentó respuestas con puntuación menor a 2, además de esto se evidenció que un 43 % de las respuestas totales fue de puntuación 5.<sup>18</sup>

Farías P. y colaboradores (2017) llevaron a cabo una investigación en 100 pacientes en una provincia de San Juan, Argentina en la que los resultados revelaron que más del 70% de los encuestados refirió que su médico lo entiende, que confía en él, que se esfuerza en ayudarlo, que se sienten mejor gracias a su médico y que más del 50% de ellos comentaron que perciben una buena Relación Médico-Paciente.<sup>19</sup>

Espínola y colaboradores (2018) en su estudio denominado “Percepción de la relación médico-paciente por parte de los usuarios ambulatorios del hospital regional de coronel Oviedo” realizado en Paraguay, encuestaron a 206 pacientes, de los cuales 65,9% eran mujeres, 33,3% tenían escolaridad secundaria, el 41.3% no había consultado previamente y 85% no eligió al médico. Los resultados arrojaron que 91,3% de los pacientes refirieron percibir una relación médico-paciente buena y solo el 2,4% mala.<sup>20</sup>

Torabipour et al. (2018) presentaron una investigación hecha en 200 pacientes de 14 centros de salud comunitarios de la ciudad de Ahvaz, Irán, en la que los resultados mostraron que la puntuación media y mediana total de la relación médico-paciente obtenida a través de la herramienta PDRQ-9 fue ligeramente superior a la moderada (media = 28,58 y mediana = 26 de 45). La puntuación más alta (3,36 de 5) se relacionó con el ítem "Puedo hablar con mi médico", el puntaje más bajo (2,95 de 5) se relacionó con el ítem "Mi médico se dedica a ayudarme". El análisis de regresión lineal muestra que el tiempo de espera para recibir servicios tuvo un impacto negativo en la relación médico-paciente. Al aumentar el tiempo de espera para recibir servicios, la satisfacción de los pacientes por la comunicación con sus médicos disminuye ( $B = -0.112$ ;  $P = 0.041$ ).<sup>21</sup>

Qiao et al. (2019) llevaron a cabo un estudio en un hospital rural y un hospital urbano de la región de interior de Mongolia en china, los resultados revelaron que los médicos a nivel provincial tenían una puntuación más alta de DDPQRQ-10 que los médicos a nivel de ciudad. Se observaron peores puntajes de DDPQRQ-10 para los médicos que trabajaban en los departamentos de Medicina Interna, tenían entre 31 y 40 años de edad, tenían una maestría, estaban insatisfechos con sus ingresos, trabajaban más de 40 horas por semana, sentían presión en el trabajo, y consideraron que el ambiente hospitalario era malo. Los pacientes que visitaban el hospital provincial tenían una puntuación PDRQ-9 más baja que los del hospital de la ciudad. También se observaron puntajes PDRQ-9 más bajos en pacientes de etnia mongol, insatisfechos con sus ingresos, esperaron más para ver al médico, tuvieron un tiempo de consulta más corto, tuvieron menos expectativas sobre el resultado de su tratamiento, tuvieron un bajo nivel de confianza en el médico, consideraba que el ambiente hospitalario era malo y aquellos que con frecuencia estaban influenciados por informes negativos de los medios.<sup>22</sup>

## 6. JUSTIFICACIÓN

La calidad de la Relación Médico-Paciente es importante para ambas partes. Los valores y las perspectivas del médico y del paciente sobre la enfermedad, la vida y el tiempo disponible desempeñan un papel en la construcción de esta relación. Una relación sólida entre el médico y el paciente conducirá a información frecuente y de calidad sobre la enfermedad del paciente y a una mejor atención médica para el paciente y su familia.

En México y el mundo son pocas las investigaciones destinadas a identificar y evaluar las características propias de los pacientes que predisponen a percibir una mejor nivel sobre la Relación Médico-Paciente y presentar un análisis de cómo éstas pueden influir será de suma importancia para generar estrategias de mejora en la atención médica del Médico Familiar.

La relación entre los profesionales del equipo de salud y los pacientes ha cambiado progresivamente desde la década de los sesenta. La revolución tecnológica y científica ha impulsado estos cambios, pero también han incidido los factores sociales, culturales, políticos y económicos.<sup>1</sup>

En México son pocas las investigaciones destinadas a identificar y evaluar las características de propias de los pacientes que se relacionan al nivel de la percepción de la relación médico-paciente y presentar un análisis de como éstas pueden influir en el desarrollo de esta interacción, por lo que es de gran importancia conocer el panorama actual de estos aspectos en la unidad de medicina familiar con el objetivo de crear las medidas pertinentes que permitan generar estrategias adecuadas para las determinantes específicas que arrojen los resultados de esta investigación en pro de la salud del paciente.

## **7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La relación Médico-Paciente es una relación al menos entre dos personas, dos historias de vida, dos mundos. Cuando un paciente entra en contacto con un médico y se establece una relación terapéutica, se desarrolla un sistema que tiene por objeto la interacción en el que tanto uno como otro, se han de encontrar comprometidos con una causa que promueve a ambos en la consecución de un fin.<sup>2</sup>

La comunicación que se entabla entre médico y paciente debe ser empática, lo cual significa colocarse en el lugar del enfermo, meterse en su piel, ponerse sus zapatos, ver con sus ojos y hablar con sus palabras. Representa una actitud que favorece el respeto y dignifica la relación personalizada, pues cada encuentro con cada paciente es un momento de singularidad.<sup>5</sup>

Debido a estas circunstancias surge la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la percepción de la relación médico-paciente en los derechohabientes de la UMF no.27, Tijuana?**

## **8. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Determinar la percepción de la Relación Médico-Paciente por los derechohabientes de la UMF no. 27, Tijuana.

### **Objetivos específicos:**

1. Identificar el nivel de la Relación Médico-Paciente con la herramienta PDRQ-9.
2. Conocer las características sociodemográficas de los pacientes derechohabientes de la UMF 27: Edad, Sexo, Estado Civil, Religión, Ocupación, Escolaridad.

## 9. MATERIAL Y MÉTODOS

### **Características del lugar donde se llevó a cabo el estudio:**

El estudio de investigación se realizó en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en la ciudad de Tijuana, Baja California, la cual es una unidad urbana de primer nivel de atención con domicilio en Boulevard Gustavo Díaz Ordaz S/N, KM 11.5 Carretera Antigua a Tecate, Col. La Mesa Tijuana, B.C. Cuenta con rutas de transporte urbano, automóvil, bicicleta o cualquier medio de transporte terrestre.

### **Diseño y tipo de estudio**

- a) **Diseño:** Observacional, Transversal, Prospectivo
- b) **Tipo de estudio:** Estudio descriptivo
- c) **Tipo de investigación:** Clínica.
- d) **Lugar de estudio:** Unidad de Medicina Familiar No.27 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tijuana, B.C.
- e) **Periodo de estudio:** el estudio se realizó en el periodo comprendido entre mayo-agosto 2022
- f) **Población de estudio:** Pacientes mayores de 20 años de edad, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California.

### **Universo de Trabajo**

Pacientes mayores 20 años de edad, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar No.27, en la ciudad de Tijuana, Baja California.

## **Criterios de Selección**

### **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes mayores de 20 años de edad, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudan a la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California.
- Que acepten participar en el estudio.
- Pacientes que sepan leer y escribir.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con dificultad para la lectura/escritura/audición y/o alteraciones neurológicas que impidan el llenado de la encuesta.

### **Criterios de eliminación:**

- Encuestas o información incompleta.

## **Variables**

### **Variable dependiente:**

- Relación Médico-Paciente

### **Variables independientes:**

- **Sociodemográficas:** Edad, Sexo, Escolaridad, Ocupación, Estado civil, Religión.

## Tamaño de la Muestra

Formula de tamaño de muestra para Población Finita.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

**N** = Total de la población.

**Z $\alpha$**  = Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades. Aceptando un poder del 95%. ( $Z\alpha = 1.96$ )

**p** = Proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio.

**q** = Sujetos que no tienen la variable en estudio.

**$\delta$** : Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar: 0.05

Poder (1- $\beta$ ) %	Valor Z	Nivel de significancia ( $\alpha$ )	
		Una cola	Dos colas
99.0	2.33	0.01	0.02
97.5	1.96	0.025	0.05
95.0	1.64	0.05	0.1
90.0	1.28	0.1	0.2
85.0	1.04	0.15	0.3
80.0	0.84	0.2	0.4
75.0	0.67	0.25	0.5
70.0	0.52	0.3	0.6
60.0	0.25	0.4	0.8

Despeje de la fórmula:

$$n = \frac{(265,267) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (265,267-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = \frac{254,762.43}{664.12} = 383.61 \rightarrow 384$$

**Tamaño de la muestra**= 384 + 20% por pérdidas de datos= **461 pacientes.**

**Tipo de muestreo:**

Aleatorio estratificado con reemplazo.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se solicitará la autorización por parte del Comité Investigación en Salud y Comité de Ética, así también al director de la unidad médica para llevar a cabo el desarrollo del proyecto de investigación. Se procederá a realizar un estudio de tipo observacional, transversal, prospectivo, cuyo espacio físico será en la Unidad de Medicina Familiar N°27, del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en Ciudad de Tijuana, Baja California, durante el periodo comprendido entre mayo-agosto 2022.

Se incluirán en el estudio a 461 pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudan a la unidad durante el periodo estipulado, los cuales deben aceptar participar en el estudio y firmen el consentimiento informado proporcionado. Se excluirán aquellos con alguna patología auditiva/visual/neurológica o cualquier otra condición que impida la comprensión de los instrumentos. Se eliminarán las encuestas incompletas.

Se encuestará a los pacientes que se encuentren en la sala de espera de los diferentes niveles de la unidad médica que acudan a solicitar cualquier médico, el cuestionario aplicado será el Patient-Doctor Relationship Questionnaire de 9 ITEMS (PDRQ-9). La herramienta "PDRQ-9", en su versión en 9 preguntas adaptada al español por Mingote y colaboradores es una escala tipo Likert con 5 categorías: 1 (Nunca), 2 (Algunas veces), 3 (La mitad de las veces), 4 (Casi siempre) y 5 (Siempre), con un valor del alfa de Cronbach de 0,95. Así también se proporcionará una hoja de recolección de datos donde se registrarán los datos socio-demográficos a evaluar. Al concluir se concentrará toda la información para su análisis y evaluación estadística con el programa SPSS versión 26.

En aquellos pacientes a los que se identifique nivel de percepción bajo, de primera instancia se le ofertará un cambio de consultorio para continuar con su atención médica institucional, aunado a esto se propondrán las estrategias pertinentes hacia los médicos con el objetivo de incrementar la percepción de la calidad de la relación médico-paciente.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos se integrarán a las hojas de recolección de datos y se analizarán mediante el programa SPSS versión 26. Se realizará estadística descriptiva; para variables cualitativas se utilizarán frecuencias y porcentajes; para variables cuantitativas, media y desviación estándar. Se determinará el nivel de percepción de la Relación Médico-Paciente por medio del cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire de 9 ITEMS (PDRQ-9). Los resultados se presentarán por medio de tablas y gráficas.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### Variable Dependiente

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Indicador
Relación Médico-Paciente (RMP)	Es la interacción que se produce entre un agente de salud y una o varias personas [pacientes] con una necesidad de asistencia con el objetivo de diagnosticar, curar, o mejorar sus condiciones de salud o prevenir una enfermedad.	Se utilizará en los pacientes el Cuestionario PDRQ-9 validado al español, el cual presenta una escala tipo Likert de 5 puntos donde 1 es = nunca y 5 = siempre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Ordinal</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Algunas veces</li> <li>3. La mitad de las veces</li> <li>4. Casi siempre</li> <li>5. Siempre</li> </ol>

### Variables Independientes

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Indicador
Edad	Tiempo vivido de una persona contando desde su nacimiento.	Años cumplidos expresados por el paciente y el médico a la fecha de la realización de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuantitativa</li> <li>• Continua</li> </ul>	Años en números enteros.
Sexo	El sexo es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	Genero identificado fenotípicamente por el paciente y el médico expresado en la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Nominal</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hombre</li> <li>2. Mujer</li> </ol>
Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña una persona.	Según lo referido por el paciente en la encuesta,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Nominal</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudiante</li> <li>2. Comerciante</li> <li>3. Profesionista</li> </ol>

		agrupado respecto a si lleva a cabo estudios y si percibe remuneración por medio de un tipo de actividad.		4. Empleado 5. No estudia ni trabaja.
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Según lo referido por el paciente tomando el último grado escolar cursado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Ordinal</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primaria</li> <li>2. Secundaria</li> <li>3. Preparatoria o técnica.</li> <li>4. Licenciatura</li> <li>5. Ninguna</li> </ol>
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Según lo expresado por el paciente y el médico según su creencia particular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Nominal</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. cristiana</li> <li>2. católica</li> <li>3. Testigo de Jehová</li> <li>4. Otras (especificar)</li> <li>5. Ninguna</li> </ol>
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio, que establece ciertos derechos y deberes.	Según lo expresado por el paciente y el médico en la encuesta, agrupado según su estatus actual legal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Nominal</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltero</li> <li>2. Casado</li> <li>3. Divorciado</li> <li>4. Viudo</li> </ol>

## 10. ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS

La presente investigación da cumplimiento a los principios éticos de la declaración de Helsinki. Al igual está sujeta a normas éticas para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Se envía protocolo de la investigación a aprobación por el comité de ética en salud para evaluación y comentarios. Se tendrá precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal. La participación de personas es voluntaria.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de México, descrito en la NOM-012-SSA3-2012, esta investigación mantiene acciones para la prevención y control de la salud, donde se respetará la dignidad, y se protegerá sus derechos. Se adapta a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, contribuyendo a la solución de problemas de salud. La presente es una investigación de riesgo mínimo.

Se conservan los principios de: autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia; asegurando la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos y estos no tendrán repercusión en el ámbito laboral e institucional. Confidencialidad de los datos se cumplirá con el resguardo de los documentos que se generen en la presente investigación, no revelando la identidad de los participantes, se asignará número de folio a la hoja de recolección. La Seguridad e la información se salvaguardará toda la información generada en el presente estudio.

Relación riesgo/beneficio: El riesgo pudiese ser incomodidad del participante al contestar algunas preguntas. Los beneficios superan los riesgos, ya que se identificarán como percibe usted la relación médico-paciente. Al tener los datos del mismo estudio podremos establecer estrategias para mejorar la comunicación del personas de salud con el usuario de servicio.

## **11. BIOSEGURIDAD**

En el presente trabajo de investigación no se llevarán a cabo ningún tipo de pruebas o muestras que puedan comprometer la bioseguridad del paciente.

No se utilizarán pruebas tales como: estudios que conlleven cualquier tipo de radiación así como el uso de instrumentos que generen microondas, ensayos con medicamentos, ensayos con nuevos o antiguos dispositivos, procedimientos quirúrgicos, extracción de hemoderivados, amniocentesis ni otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos o que tengan control con placebos, entre otros.

## **12. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS**

Es factible realizar el estudio, se cuenta con los recursos humanos, físicos y materiales necesarios para ello, así como tres investigadores dispuestos a realizar el proyecto.

### **Recursos humanos:**

- Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando. Investigador responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.
- Dr. Ricardo Daniel Espinosa Moreno. Investigador principal, quien realizará el protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción del escrito final.
- Dr. Gerardo Ruíz González. Investigador Colaborador, quien será responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo como asesor temático.

### **Recursos financieros:**

El financiamiento será provisto por el investigador principal.

### 13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Feb 2021 - Abr 2021	Jul 2021 - Dic 2021	Febrero-marzo 2022	May-agosto 2022	Septiembre 2022	Octubre 2022	Noviembre 2022
Planteamiento del proyecto	X						
Redacción del proyecto		X					
Autorización del proyecto			X				
Desarrollo del proyecto				X			
Análisis de resultados					X		
Reporte final						X	
Entrega de la investigación							X

## 15. RESULTADOS

Se realizó una encuesta de 9 reactivos a los pacientes presentes en el área de espera de consulta de medicina familiar en la cual a su vez se capturaron datos socio-demográficos de los derechohabientes, el total de encuestas aplicadas fue de 461. En la Tabla 1 y Tabla 2 encontramos los datos pertenecientes a las edades de los participantes. En la tabla 1 podemos observar la media de la población estudiada la cual fue de 48.28, la mediana de 48 y la moda de 53 con una desviación estándar de 16.39.

Tabla 1. Edad

Edad (Años)	
Media	48.28
Mediana	48
Moda	53
DE	16.39

\*DE= desviación estándar

Con el objetivo de identificar de manera más apropiada las edades de la población registradas durante el estudio se decidió agrupar por décadas al total de los pacientes encuestados, encontrando que para la década comprendida entre los 20 y 29 años hubo un registro de 75 pacientes (16%), de los 30 a 39 años se obtuvieron 81 pacientes (18%), de los 40 a 49 años 82 pacientes (18%), de los 49 a 59 años 94 pacientes (20%), de los 60 a 69 años 77 pacientes (17%) y mayores de 70 años 52 pacientes (11%).

Tabla 2. Edad por décadas

Rangos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual
1.- 20-29 años	75	16%
2.- 30-39 años	81	18%
3.- 40-49 años	82	18%
4.- 50-59 años	94	20%
5.- 60-69 años	77	17%
6.- >70	52	11%
Total	461	100%

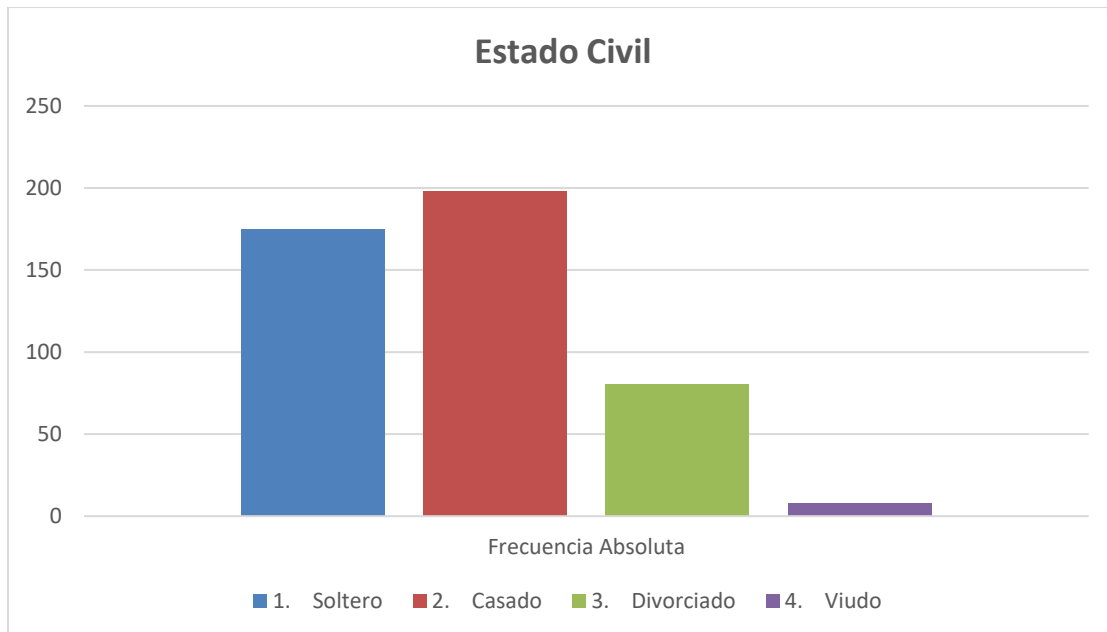
En lo que respecta al sexo de los encuestados se obtuvieron 228 hombres que representan el 49% de la población y 233 mujeres que representan el 51% del total lo cual se representa en la Gráfica 1.

**Grafica 1. Sexo**



En lo que respecta al estado civil de los se obtuvieron 175 pacientes solteros (38%), 198 pacientes casados legalmente (43%), 80 pacientes divorciados (17%) y 8 pacientes en estado de viudez (2%) lo cual se representa en la gráfica 2.

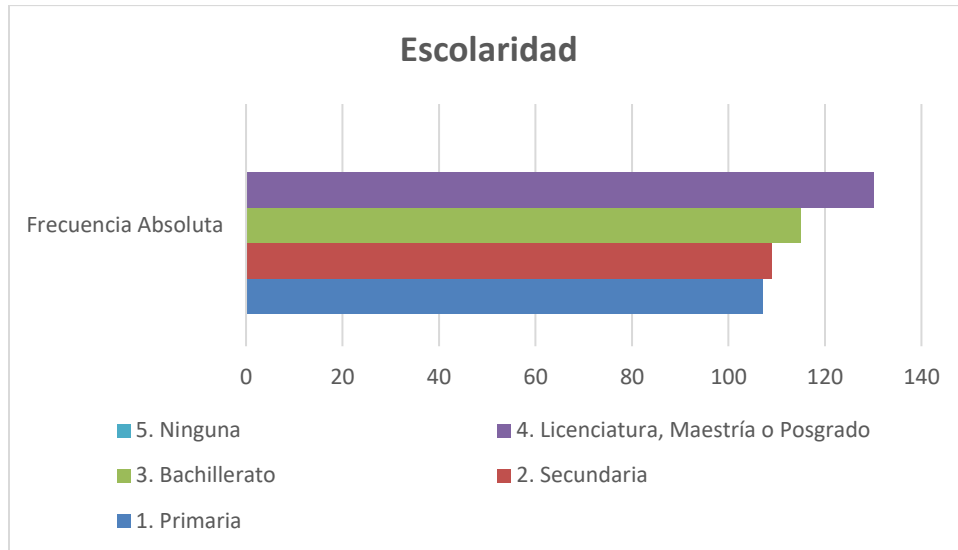
**Grafica 2. Estado Civil**



Los resultados obtenidos en cuanto al grado académico de la población participante se hallaron que 23 % de los participantes que corresponde a 107 individuos cuentan solo con primaria completa, 109 individuos (24%) escolaridad secundaria, 115 (25%) con

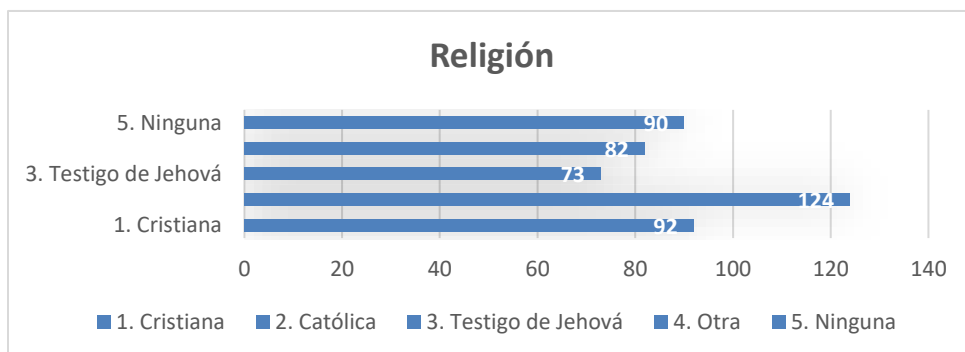
bachillerato, 130 (28%) con grado de licenciatura y no se registró ningún paciente que no contara con la escolaridad mínima, todo esto se representa en la gráfica 3.

**Gráfica 3.**



De los datos correspondientes a la religión profesada por los pacientes, encontramos a 92 (20%) individuos cuya religión es la cristiana, 124 (27%) individuos de religión católica, 73 (16%) Testigos de Jehová, 82 pacientes (18%) cuyas religiones fueron diversas a las primeras 3 mencionadas y 90 pacientes ( 20%) que un profesan ninguna religión, estos resultados se representan en la gráfica 4.

**Gráfica 4.**



Con respecto a las ocupaciones de los encuestados, obtuvimos que 134 de los individuos correspondiente al 29% son comerciantes, 118 individuos (26%) son profesionistas, 158 (34%) son empleados de algún patrón y 51 participantes (11%) que no estudian ni

trabajan, estos últimos comprenden en su totalidad a pensionados; cabe mencionar que no se obtuvo ningún participante cursando algún tipo de estudio académico, todos estos datos se muestran en la gráfica 5.

**Gráfica 5.**



Se aplicó el cuestionario PDRQ-9 el cual consta de 9 ítems en una escala Likert para los 461 pacientes de la población estudiada cuyos resultados se pueden observar en la gráfica 6; se encontró que, para el cuestionamiento número 1 “Mi médico me ayuda”, 142 individuos (31%) respondieron “Siempre”, 138 (30%) “Casi siempre”, 137 (30%) “La mitad de las veces”, 34 (7%) “Algunas veces” y 10 (2%) “Nunca”. La media para este ítem es de 3.80, la mediana de 4 y la moda de 5, estas se muestran en la tabla 3.

Para el cuestionamiento número 2 “Mi médico tiene suficiente tiempo para mí”, 79 individuos (17%) respondieron “Siempre”, 98 (21%) “Casi siempre”, 82 (18%) “La mitad de las veces”, 109 (24%) “Algunas veces” y 93 (20%) “Nunca”. La media para este ítem es de 2.92, la mediana de 3 y la moda de 2, estas se muestran en la tabla 3.

En cuanto al cuestionamiento número 3 “Creo en mi médico”, 134 individuos (29%) respondieron “Siempre”, 131 (28%) “Casi siempre”, 145 (31%) “La mitad de las veces”,

31 (7%) “Algunas veces” y 20 (4%) “Nunca”. La media para este ítem es de 3.71, la mediana de 4 y la moda de 3, estas se muestran en la tabla 3.

Al respecto del cuestionamiento número 4 “Mi medico me entiende”, 123 individuos (27%) respondieron “Siempre”, 136 (30%) “Casi siempre”, 134 (29%) “La mitad de las veces”, 41 (9%) “Algunas veces” y 27 (6%) “Nunca”. La media para este ítem es de 3.62, la mediana de 4 y la moda de 4, estas se muestran en la tabla 3.

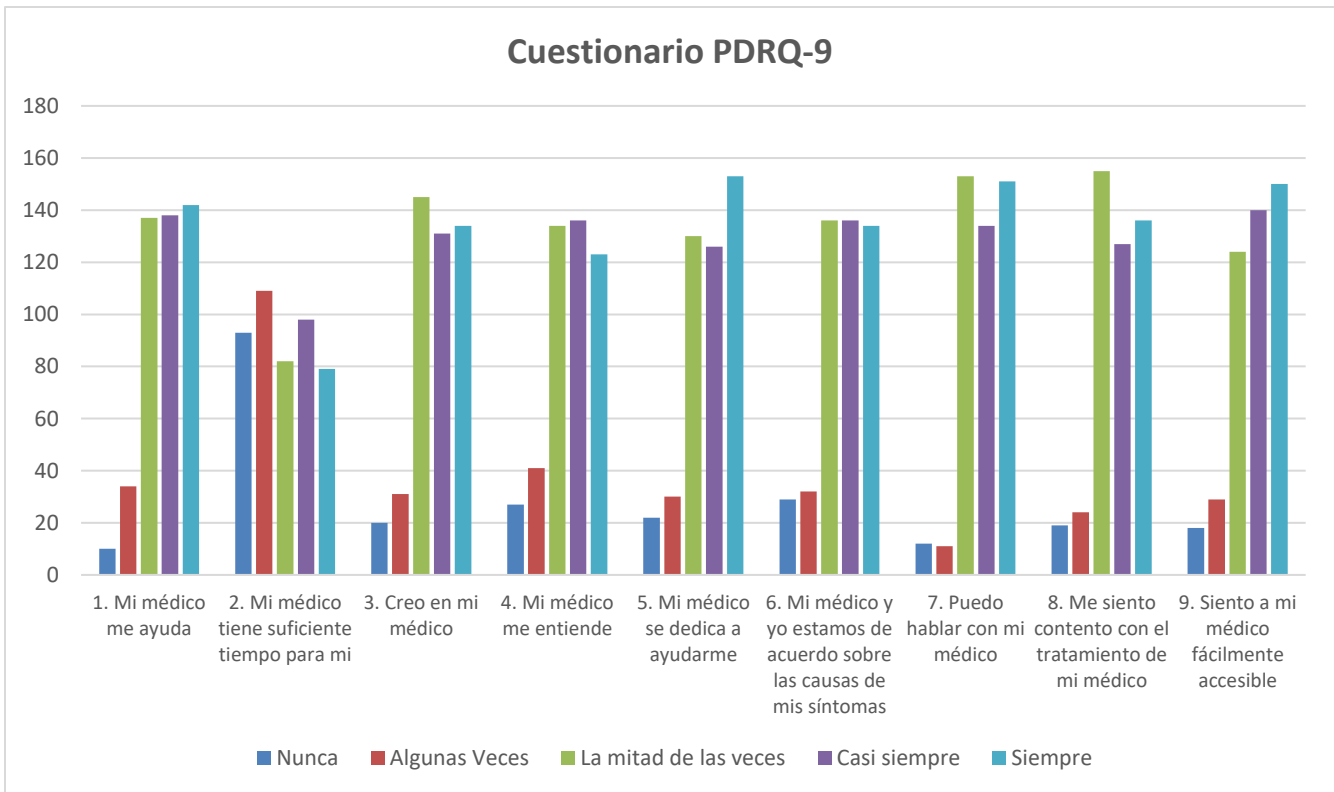
Los resultados del cuestionamiento número 5 “Mi medico se dedica a ayudarme” fueron los siguientes: 153 individuos (33%) respondieron “Siempre”, 126 (27%) “Casi siempre”, 130 (28%) “La mitad de las veces”, 30 (7%) “Algunas veces” y 22 (5%) “Nunca”. La media para este ítem es de 3.78, la mediana de 4 y la moda de 5, estas se muestran en la tabla 3.

Los datos registrados del cuestionamiento número 6 “Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre las causas de mis síntomas” fueron los siguientes: 134 individuos (30%) respondieron “Siempre”, 136 (30%) “Casi siempre”, 136 (30%) “La mitad de las veces”, 32 (7%) “Algunas veces” y 29 (6%) “Nunca”. La media para este ítem es de 3.66, la mediana de 4 y la moda de 3, estas se muestran en la tabla 3.

En torno al cuestionamiento número 7 “Puedo hablar con mi médico”, 151 individuos (33%) respondieron “Siempre”, 134 (29%) “Casi siempre”, 153 (33%) “La mitad de las veces”, 11 (2%) “Algunas veces” y 12 (3%) “Nunca”. La media para este ítem es de 3.87, la mediana de 4 y la moda de 3, estas se muestran en la tabla 3.

El cuestionamiento número 8 “Me siento contento con el tratamiento de mi médico” fue respondido de la siguiente manera: 136 individuos (30%) respondieron “Siempre”, 127 (28%) “Casi siempre”, 155 (34%) “La mitad de las veces”, 24 (5%) “Algunas veces” y 19 (4%) “Nunca”. La media para este ítem es de 3.73, la mediana de 4 y la moda de 3, estas se muestran en la tabla 3.

Por último, en el cuestionamiento número 9 “Siento a mi médico fácilmente accesible” se encontraron los siguientes datos: 150 individuos (33%) respondieron “Siempre”, 140 (30%) “Casi siempre”, 124 (27%) “La mitad de las veces”, 29 (6%) “Algunas veces” y 18 (4%) “Nunca”. La media para este ítem es de 3.81, la mediana de 4 y la moda de 5, estas se muestran en la tabla 3.



**Tabla 3. Media, Mediana, Moda en cuestionario PDRQ-9**

Ítems	Media	Mediana	Moda
1. Mi médico me ayuda	3.80	4	5
2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mi	2.92	3	2
3. Creo en mi médico	3.71	4	3
4. Mi médico me entiende	3.62	4	4
5. Mi médico se dedica a ayudarme	3.78	4	5
6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre las causas de mis síntomas	3.66	4	3
7. Puedo hablar con mi médico	3.87	4	3
8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico	3.73	4	3
9. Siento a mi médico fácilmente accesible	3.81	4	5

## 16. DISCUSIÓN

En este estudio se evaluó la percepción de la relación de los pacientes derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 27 del IMSS en la ciudad de Tijuana, Baja California que tienen con los médicos del área de consulta externa del instituto previamente mencionado, esto mediante el cuestionario validado para nuestra población denominado PDRQ-9 (Patient-Doctor Relationship-9) el cual consta de 9 ítems, en una escala tipo Likert. A su vez se registraron los datos sociodemográficos de los individuos participantes en el estudio los cuales no registraron ningún tipo de predominio importante en las frecuencias absolutas tanto del sexo, escolaridad, ocupación, religión y estado civil.

En cuanto al rubro de edad, la década que presentó una discreta mayor representación es la comprendida entre los 50 y 59 años de edad teniendo como moda la edad de 53 años, seguida por la década comprendida entre los 40 y 49 años con una media de edad de 48.28 años.

Quintero-Bohórquez y colaboradores<sup>(18)</sup> realizaron en el año 2016 un estudio descriptivo transversal analítico retrospectivo en el Hospital de Bosa II Nivel ESE de Bogotá, Colombia, en el que se condujo una evaluación de la Relación Médico-Paciente y el nivel de satisfacción utilizando el cuestionario PDRQ-9 del cual obtuvieron como resultados que la percepción de dicha interacción es adecuada, esto debido a que se registró que el 58 % de los pacientes refirieron que su médico los entiende, estando satisfechos 6 de cada 10 pacientes encuestados; solo un 20 % presentó respuestas con puntuación menor a 2, además de esto se evidenció que un 43 % de las respuestas totales fue de puntuación 5, en comparación con nuestro estudio la puntuación obtenida en nuestra población fue en su mayoría entre 4 y 5 para casi todos los ítems del cuestionario, siendo entre el 28 y 29 por ciento de los entrevistados respectivamente.

Torabipour en el año 2018 llevaron a cabo una investigación con 200 pacientes de 14 centros de salud comunitarios de la ciudad de Ahvaz, Irán, en la que los resultados mostraron que la puntuación media y mediana total de la relación médico-paciente

obtenida a través de la herramienta PDRQ-9 fue ligeramente superior a la moderada (media = 28,58 y mediana = 26 de 45). La puntuación más alta (3.36 de 5) se relacionó con el ítem "Puedo hablar con mi médico", el puntaje más bajo (2,95 de 5) se relacionó con el ítem "Mi médico se dedica a ayudarme". En nuestra investigación se identificó que la puntuación más alta fue para el ítem "Puedo hablar con mi médico" con una media de 3.87 lo cual es similar a lo identificado por Torabipour, por otro lado el puntaje más bajo fue para el ítem "Mi médico tiene suficiente tiempo para mí" con una media de 2.92 que a diferencia del estudio de dicho investigador este podría estar relacionado al limitado tiempo de atención institucional en México.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentran que el instrumento utilizado no proporciona una categorización para definir adecuadamente como buena, regular o mala la relación médico-paciente y se limita únicamente a identificar frecuencias absolutas por ítem evaluado en dicho cuestionario lo cual reduce la claridad de la información mostrada.

Por otra parte un sesgo que podría afectar la validez de la encuesta es que muchos de los pacientes acuden con diversos médicos debido al sistema "Unifila" dentro del instituto, lo cual la percepción podría estar influenciada por la última atención recibida por un médico diferente al habitual de su consultorio.

Otra desventaja, que al mismo tiempo se convierte en oportunidad, es que en México no se cuentan con investigaciones de este tipo y las únicas que pudieron ser halladas durante la búsqueda de información cuentan con otras variables asociadas a la realización del cuestionario como son las patologías de diabetes mellitus e hipertensión, sin embargo, ninguna de ellas se encuentra publicadas en fuentes oficiales por lo que no se utilizaron como soporte de nuestro estudio.

La ventaja de este tipo de investigación es que la herramienta utilizada cuenta con un alfa de Cronbach de 0,95 y una validación al idioma español que permite la adecuada interpretación y aplicación en las áreas de consulta externa médica.

Además la simplicidad de cada uno de los ítems de dicho cuestionario, permite que los encuestados puedan responder sin el apoyo de ninguna otra persona que pudiera

interferir en el registro de los resultados así como también la rapidez con la que se puede responder cada una de las afirmaciones presentadas en este, permitiendo al paciente continuar con sus actividades dentro de la unidad médica a la brevedad posible.

Como se ha mencionado en párrafos previos, al no existir suficientes investigaciones de este tipo en nuestro país, nos brinda la pauta para continuar con esta clase de estudios y en su momento realizar validaciones y categorizaciones que complementen la alta calidad de la herramienta en cuestión así como también llevar a cabo análisis en conjunto de otras variables en salud como patologías o inclusive procesos de atención médica para nuestra institución con el objetivo de incrementar el nivel de la relación médico-paciente en cada determinada circunstancia.

## 17. CONCLUSIONES

La estrecha relación que conlleva el dúo médico-paciente es el pilar de los procesos de atención tanto en medios privados y particularmente en las instituciones de salud gubernamentales.

Llevar a cabo estrategias que permitan mejorar la percepción de los pacientes en cuestión de la relación que sostienen con sus médicos tratantes es de suma importancia para lograr incrementar la calidad en la prestación de los servicios dentro de las unidades clínicas para el beneficio de los derechohabientes.

Es bien conocido que las limitantes del tiempo de atención médica es uno de los factores que mas perjudican la RMP, por lo que el lograr generar conciencia hacia las autoridades y medios correspondientes de la necesidad de ampliar el periodo de consulta dentro de lo posible brindaría la probabilidad de incrementar mayor apego o disminuir la tasa de abandono de los tratamientos terapéuticos así como de las medidas no farmacológicas.

Así también a través de la identificación de aquellos médicos que cuenten con niveles de percepción altos de la RMP, crear estímulos para continuar otorgando este nivel de servicio hacia los pacientes y por el contrario aquellos con puntuaciones bajas, invitarlos a capacitarse en procesos de mejora de la atención sanitaria.

Se sugiere crear un modulo de capacitación interna en la unidad para personal médico con puntuaciones bajas de la herramienta utilizada en este estudio con el objetivo de mejorar las habilidades de atención al derechohabiente.

De igual manera se sugiere crear un área de atención especializada para la evaluación de pacientes con puntajes bajos del cuestionario y determinar las causas de manera mas profunda y personalizada del por qué los ítems fueron calificados bajos para así poder brindar una atención mas optima de las carencias medicas identificadas.

Es de vital importancia que estas evaluaciones generadas por esta clase de estudios sean replicadas en todas las unidades de atención medica para poder genera un sustento

que permita a las autoridades de nivel central hacer los ajustes necesarios en la optimización del tiempo brindado a los derechohabientes, el cual es el principal factor de inconformidad de los pacientes.

Cabe señalar para finalizar que un sistema de salud con personal confiable y empático permitirá lograr las metas propuestas de desarrollo y mantendrá firme el bienestar de nuestra población.

## 18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez-Arrastía D, Contreras-Olivé Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Rev Cub Med Mil.* 2014;43:528-533.
2. Mejía-Estrada A, Romero-Zepeda H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2017 [citado 15 de mayo de 2021];39(1):832-842. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000700016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016&lng=es).
3. Antúnez-Baró AO, Torres-González A. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *Mediciego.* 2014;20:1-10.
4. Vijayaraghavan PV. Effective Medical Communication – The A, B, C, D, E of it. *Trop Parasitol.* 2021;11(2):133-134. doi:10.4103/tp.tp\_64\_21.
5. Escobar-Yéndez NV, Fong-Estrada JA, Terazón-Miclín O, Alcaraz-Agüero M, García-Céspedes ME. La relación médico-paciente: ¿necesidad o conveniencia? *Rev Cubana Med* 2019;58:1-15.
6. Aelbrecht K, Hanssens L, Detollenaere J, Willems S, Deveugele M, Pype P. Determinants of physician-patient communication: the role of language, education and ethnicity, *Patient Educ Couns* 2018;1:18.
7. *Psychosomatic Medicine. An International Guide for the Primary Care Setting.* 2nd ed. Switzerland: Springer Nature; 2020.
8. Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *MÉD UIS* 2015;28:7-13.
9. Franco-Fernández MA; Tello-Pisco ME; Chávez-Reyes JG; Campos-Martínez MC. La complejidad en la relación médico paciente: Una mirada actual. *RECIMUNDO* 2019; 3:90-107.
10. Ball LE, Barnes KA, Crossland L, Nicholson C, Jackson C. Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary care providers: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2018; 18:1-12.
11. Turabian JL. Psychology of doctor-patient relationship in general medicine. *Arch Community Med Public Health* 2019; 5:062-068.
12. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol* 2012; 65:10-15.
13. Mingote-Adán JC, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R, Gálvez-Herrer M, Ruiz-López P. Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37:94-100.

14. Ramos-Rodríguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *An Fac med.* 2008;69:12-6.
15. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria* 2010;42:196-205.
16. Azcarate-García E, Hernández-Torres I, Guzmán-Rivas M. Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *Aten Fam* 2014;21:83-85.
17. Mendoza C, Ramos-Rodríguez C, Gutiérrez E. Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horiz Med* 2016;16:14-19.
18. Quintero-Bohórquez F, Briceño-Arias C, Suárez-Pareja N. Relación médico paciente y su importancia en el proceso de atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en adultos de 20 a 60 años en el Hospital Bosa II Nivel ESE, Bogotá, D.C. *Salud Areandina* 2016;15:74-83.
19. Farías P, Tifner S, Tapia ML. Evaluación de la relación médico paciente (RMP) en una población de San Juan. *Rev. Salud Pública (Córdoba)* [Internet]. 2017 [citado 30 de noviembre de 2021];21:45-53. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/17366>.
20. Espínola C, Ocampos C, Quintana L, Escobar J. Percepción de la relación médico-paciente por parte de los usuarios ambulatorios del Hospital Regional de Coronel Oviedo. *CIMEL* 2018; 23:1-4. <https://doi.org/10.23961/cimel.v23i2.1094>
21. Torabipour A, Badienasab P, Dolatshah M. Factors affecting the relationship between physician and patient in Ahvaz Community Health Centers. *Iran J Health Sci* 2018; 6:45-52.
22. Qiao T, Fan Y, Geater AF, Chongsuvivatwong V, McNeil EB. Factors associated with the doctor–patient relationship: doctor and patient perspectives in hospital outpatient clinics of Inner Mongolia Autonomous Region, China. *Patient Prefer Adherence* 2019;13:1125-1143.

## 19. ANEXOS

### ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</b></p>
Nombre del estudio:	<b>“Percepción de la Relación Médico-Paciente en los derechohabientes de la UMF No. 27, Tijuana”</b>
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California de febrero de 2022.
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La calidad de la Relación Médico-Paciente es importante para ambas partes. Los valores y las perspectivas del médico y del paciente sobre la enfermedad, la vida y el tiempo disponible desempeñan un papel en la construcción de esta relación. Conocer la percepción de la Relación Médico-Paciente en los derechohabientes de la UMF no. 27, Tijuana.
Procedimientos:	Se aplicará un cuestionario individual en el área de pasillos a los pacientes que asistan a consulta médica en la UMF 27 y que acepten participar en la investigación de forma voluntaria, previa lectura y firma de consentimiento informado, garantizando en todo momento la confidencialidad de sus respuestas. Se brindará un periodo de tiempo de 10 minutos para la realización de la prueba: “Patient-Doctor Relationship Questionnaire” de 9 ITEMS (PDRQ-9) y el llenado de los datos sociodemográficos del participante.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo mínimo para la salud debido a que solamente se realiza una encuesta y se le solicitarán los datos generales.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con este estudio conoceremos como percibe usted la relación médico-paciente. Al tener los datos del mismo estudio podremos establecer estrategias para mejorar la comunicación del personas de salud con el usuario de servicio.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal dará a conocer posteriormente los resultados del análisis registrado y serán de acceso público para su consulta.
Participación o retiro:	El paciente podrá decidir libremente su participación en este estudio y podrá retirarse en cualquier momento durante el registro de la encuesta.
Privacidad y confidencialidad:	Prevalecerá el respeto a su dignidad y la confidencialidad de los datos proporcionados por el participante, utilizando un número de folio para el análisis de datos.

<b>Declaración de consentimiento:</b>	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	
Investigadora o Investigador Responsable:	<b>Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando</b> Médico Familiar UMF 27, Tijuana Instituto Mexicano del Seguro Social Matricula: 98020718 Teléfono: 6643298837 Correo electrónico: <a href="mailto:vanessa.bermudezv@imss.gob.mx">vanessa.bermudezv@imss.gob.mx</a>
Investigadora o Investigador Principal:	<b>Dr. Ricardo Daniel Espinosa Moreno</b> Médico Residente de Segundo año de Medicina Familiar y Tesista UMF 27, Tijuana. Instituto Mexicano del Seguro Social Matricula: 98029494 Teléfono: 9611228510 Correo electrónico: <a href="mailto:ricardo_espinosa2808@hotmail.com">ricardo_espinosa2808@hotmail.com</a>
Investigadora o Investigador Asesor Colaborador:	<b>Dr. Gerardo Ruíz González</b> Médico Familiar UMF 27, Tijuana. Instituto Mexicano del Seguro Social Matricula: 98024486 Teléfono: 6647662163 Correo electrónico: <a href="mailto:elgeras.sp@gmail.com">elgeras.sp@gmail.com</a>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: <a href="mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx">comité.eticainv@imss.gob.mx</a>	
_____ Nombre y firma del participante	_____ 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.	
<b>Clave: 2810-009-013</b>	

## Anexo 2: Hoja de Recolección de Datos

Número de Folio:	
Edad:	
Sexo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Femenino</li> <li>2. Masculino</li> </ul>
Estado Civil:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Soltero</li> <li>2. Casado</li> <li>3. Divorciado</li> <li>4. Viudo</li> </ul>
Grado académico:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Primaria</li> <li>2. Secundaria</li> <li>3. Bachillerato</li> <li>4. Licenciatura, Maestría o Posgrado</li> <li>5. Ninguna</li> </ul>
Religión:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Cristiana</li> <li>2. Católica</li> <li>3. Testigo de Jehová</li> <li>4. Otra (especifique): _____</li> <li>5. Ninguna</li> </ul>
Ocupación:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Estudiante</li> <li>2. Comerciante</li> <li>3. Profesionista</li> <li>4. Empleado</li> <li>5. No estudia ni trabaja.</li> </ul>

**Anexo 3: Patient-Doctor Relationship Questionnaire de 9 ITEMS (PDRQ-9)**

<b>ITEM</b>	<b>Nunca</b>	<b>Algunas Veces</b>	<b>La mitad de las veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
<b>Puntaje</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Mi médico me ayuda					
2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mi					
3. Creo en mi médico					
4. Mi médico me entiende					
5. Mi médico se dedica a ayudarme					
6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre las causas de mis síntomas					
7. Puedo hablar con mi médico					
8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico					
9. Siento a mi médico fácilmente accesible					
<b>TOTAL:</b>					