

11248
2EJ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
MAESTRIA EN EDUCACION MEDICA

EXPECTATIVAS DEL ENFERMO HOSPITALIZADO Y DEL MEDICO RESIDENTE
CON RESPECTO A LA RELACION MEDICO PACIENTE EN EL IMSS

FALLA DE ORIGEN

TESIS PARA OBTENER
EL GRADO DE
MAESTRIA EN
EDUCACION MEDICA
PRESENTA:
DR. GABRIEL RAMIREZ LOPEZ

ASESOR: DR. ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG
COASESOR: DR. NIELS H. WACHER RODARTE

MEXICO, D.F. 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA:

Al Dr. Niels H. Wachter Rodarte

*Autentico lider de la investigación médica
ejemplo de generosidad intelectual.*

INDICE

1. ANTECEDENTES
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
3. HIPOTESIS
4. OBJETIVOS
5. MATERIAL Y METODOS. PROCEDIMIENTOS
6. RESULTADOS
7. DISCUSION
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
9. ANEXOS:
 - ENCUESTA PILOTO
 - ESTRATEGIA PARA LA APLICACION DE LA ENCUESTA
 - ENCUESTA INICIAL
 - ENCUESTA FINAL

1. ANTECEDENTES

La relación médico-paciente (RMP) es uno de los ejes fundamentales del ejercicio de la medicina y por tanto de la educación médica. El presente trabajo intenta investigar cuáles son las expectativas del derechohabiente hospitalizado y de los médicos residentes en la relación que se produce, desde el punto de vista interpersonal, cuando ambos entablan contacto (1), en un hospital de especialidades del llamado tercer nivel operativo, que corresponde a los centros médicos del Seguro Social (2).

Se pretende estudiar la RMP en adultos internados en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI de la ciudad de México, mediante el método de encuesta.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

La RMP surge con la medicina misma y estamos conscientes que la profesión médica es de las más antiguas de la humanidad (3); estamos claros de la larga evolución que ha sufrido esta peculiar relación humana en el transcurso de las distintas épocas históricas (4).

Fue en Grecia donde apareció el pensamiento científico que superó la magia y modificó la interacción Médico-enfermo, porque ya existía el médico como tal.

El período hipocrático -ampliamente estudiado por lo historiadores de la medicina- rompió con la imagen tradicional del médico y revolucionó el marco del ejercicio profesional. El diagnóstico hipocrático estaba basado en un método con tres componentes:

- la exploración sensorial "aísthesis".
- la comunicación verbal "logos".
- el razonamiento "logismos".

El médico hipocrático no se limitaba a ver, oír, tocar, oler y degustar el cuerpo del enfermo; también dialogaba con éste y sabía utilizar ese "logos" como recurso diagnóstico y terapéutico. Dos funciones cumplía este diálogo: una exploratoria (el interrogatorio, la anamnesis) y otra, comunicativa.

El médico conocía por el interrogatorio los hábitos del enfermo, su régimen de vida, sus pensamientos, las peculiaridades de su sueño, sus ensueños; su modo de sentir la enfermedad, el grado y el modo de su emotividad, todo lo que, por pertenecer al pasado o ser parte de la vida anímica, no puede caer directamente bajo los sentidos del explorador, aunque, debiendo ser la "sensación del cuerpo" el verdadero y decisivo "Métron" del saber

médico. No puede extrañar que las noticias obtenidas mediante el interrogatorio pertenezcan, para el asclepiada hipocrático, más a la conjetura que a la certidumbre.

Algo más fue para el médico hipocrático su conversación con el enfermo. Con extraordinaria lucidez advirtió que, puesto que el "logos" es la nota más esencial de la "physis" humana, el juicio diagnóstico sólo alcanza su verdadero acabamiento cuando en alguna medida es compartido con el enfermo, por tanto, cuando éste era de modo alguno instruido por el médico acerca de su enfermedad.

Tiempo después, en el Cristianismo en particular, surgen conceptos relativos a la idea de Dios, a la idea del mundo y a la idea del hombre, destacando de ésta última el concepto de la amistad y el amor, conceptos con los cuales se explicará la actitud del médico hacia el enfermo y viceversa, expresándose como "Ama a tu prójimo como si tú mismo fueses Cristo".

Para ilustrar esta concepción de amor y amistad, el Samaritano dio al herido lo que tenía (su dinero, el aceite y el vino de la cura, su tiempo), y lo que podía hacer (su amabilidad para curar las heridas, su esfuerzo), y lo que era (la misericordiosa bondad de su carácter). Ante el herido, el Samaritano no pregunta nada y no exige nada (ni dinero, ni amistad, ni agradecimiento).

Desde la óptica del enfermo cristiano, se considera a la enfermedad como una expresión divina y sobrenatural que surge como consecuencia del pecado, o bien, como una prueba de la vulnerabilidad humana que pone a prueba la condición moral del hombre.

Es hasta el siglo XIX cuando los enfermos dejan de desempeñar un rol pasivo en la relación con el médico, dado que previamente los pacientes estaban supeditados a la sabiduría y voluntad que tuviera el médico para con ellos, para resolver sus malestares o enfermedades. Con los movimientos sociales y económicos que estallan sobre todo en el ámbito laboral, el proletariado empieza a exigir una atención médica al igual que aquéllos que tenían recursos económicos y que pertenecían a la burguesía, querían el mismo trato, los mismos recursos terapéuticos, medicamentos, quirófanos, mejores hospitales, compensaciones económicas por accidentes de trabajo, etc. todo lo que va creando una conciencia del derecho a la asistencia, y no más como una entrega del cuerpo más o menos confiada y cuya característica principal es que era sin condiciones. Y es a partir de esta relación del enfermo con el médico desde el comienzo en que el paciente se convierte en derechohabiente.

Un acontecimiento que ha venido a revolucionar la concepción que se tenía del enfermo lo constituye la teoría psicoanalítica creada por Freud, la que considera al enfermo como sujeto-persona desde el punto de vista estrictamente científico y técnico. El psicoanálisis contribuye a la explicación de la motivación y de las relaciones humanas. Es así que podemos considerar genéricamente que la relación médica con el enfermo es una relación interhumana y una relación de ayuda.

La relación médico-paciente es un fenómeno complejo y multicausal en el que los factores económicos y sociales son determinantes.

La crisis por la que transcurre la economía de nuestro país afecta la seguridad social a la que se destinan menores recursos de los necesarios. Disminución de la calidad de vida de los trabajadores y deterioro de su estado de salud.

En el ámbito de la medicina institucional lo anterior se manifiesta por un deterioro profundo de las condiciones de vida y de trabajo de los médicos y personal paramédico. Mayores cargas de trabajo, ausencia de muchos de los instrumentos y medios de trabajo que requiere el médico para su diario quehacer -desde medicamentos e instrumental hasta jabón o papel sanitario-, lo que necesariamente influye en la eficacia y satisfacción del equipo médico y por ende en la relación médico-paciente.

Actualmente la RMP es motivo de estudio por parte de los investigadores que tratan de responder a la insatisfacción manifestada por numerosos pacientes que han llegado a calificarla de deshumanizada, especialmente en los grandes hospitales (5), donde se quejan de ser tratados por una multitud de personas, entre ellas médicos, sin que exista uno que de manera personal se haga cargo de su tratamiento. Algunos investigadores han abordado los siguientes aspectos: la comunicación (6,7,8,9) la educación de la RMP (10, 11), la calidad de la atención médica (estudios de indicadores de calidad e iatrogenia), aspectos políticos y legales. Últimamente el número de demandas judiciales contra los médicos por parte de los pacientes ha crecido en una forma que no tiene precedentes en los anales de la medicina institucional como expresión de la conciencia que tienen muchos pacientes del derecho a la salud como uno más de los derechos humanos. En fechas recientes la Comisión Nacional del Derechos Humanos ha venido haciendo recomendaciones al Director del IMSS para subsanar fallas denunciadas por derechohabientes de esa institución. El derecho a la salud ha alcanzado incluso el rango de ordenamiento constitucional en nuestro país. Otros autores desde la perspectiva de la Educación Médica (12, 13,14,15) han centrado su atención a la RMP en el internado (16), en la residencia y en los planes de estudio de las facultades de medicina (17,18), estos investigadores consideran el internado como un periodo vital para la formación de actitudes hacia los enfermos (19). Algunos clásicos del enfoque funcionalista, como Parsons, sostienen la hipótesis de que el ejercicio del control es necesario para que el médico mantenga el poder sobre el paciente y ya aquí se estaría afectando la comunicación con el paciente.

La RMP tiene características diferentes cuando se trata de un padecimiento agudo o cuando se trata de un padecimiento crónico (20). Los padecimientos crónicos, en su mayoría, están caracterizados por un proceso patológico no reversible, de duración no determinada y una mayor repercusión social.

En este tipo de pacientes crónicos con reiteradas hospitalizaciones llegan a verse fenómenos de despersonalización convirtiéndose los pacientes para los médicos en : "el cáncer del hígado, la pancreatitis, el de la cama 311, y otros".

La importancia que tiene la consulta médica para el diagnóstico y la terapéutica ha sido largamente reconocida. Hay estudios que muestran que de 56 a 85% de los diagnósticos en medicina interna pueden ser hechos sólo basados en la historia clínica solamente. Los niveles de presión sanguínea, glucosa y colesterol pueden variar dependiendo de cómo se desarrolle la interacción médico-paciente (21).

Se considera que para la educación médica la RMP es un fenómeno de prioritaria importancia que debe ser, por tanto, objeto permanente de estudio, ya que de él depende una gran parte de la eficacia de la medicina en sus distintos aspectos: preventivo, curativo, rehabilitatorio y de promoción de la salud; a este último aspecto se le concede particular importancia ya que, en general, los planes de estudio de las facultades de medicina prestan poca atención al estudio del hombre sano y producen en los estudiantes de medicina una concepción muy "patologista" del ser humano y de la práctica médica (22, 23).

La RMP ha sido estudiada principalmente desde la perspectiva del médico. A éste se le han aplicado encuestas, cuestionarios, entrevistas, videos etc. En las revisiones históricas - Somolinos, Lain Entralgo, de la Fuente, Clavereul - del problema, nuevamente es la figura del médico la protagonista. (24-28).

Para efectos del presente trabajo se entenderá la RMP como la relación interpersonal que se establece entre un sujeto llamado paciente que solicita atención en una institución de salud o a algún médico particular, quien es el miembro más importante del equipo de salud y un profesional de la medicina capacitado y legalmente autorizado para ayudarlo a mejorar su salud llamado médico.

El IMSS es la institución de salud más representativa de nuestro país (en él se encuentran 42.6% de los cursos, 54.5% de los profesores y el 59.7% de los residentes (29). Por el número de personas a las que da cobertura -aproximadamente 50 millones en números redondos-, y por la influencia que ejerce sobre el resto de las instituciones de salud tanto en México como en América Latina. Esta influencia del IMSS en el campo de la Medicina es particularmente importante en la Educación Médica, ya que por sus instalaciones -a lo largo y a lo ancho del país- transitan la mayoría de los médicos mexicanos.

Para efectos de nuestro trabajo entendemos la RMP como una relación derechohabiente-institución, como la relación que se da entre el enfermo y los médicos tratantes, ya que en la actualidad, por la complejidad de la medicina y la división del trabajo en especialidades, el paciente se ve atendido por un sinnúmero de profesionales de la medicina.

Entre el médico y el paciente se ha venido a interponer la tecnología: desde el estetoscopio de Laenec hasta las modernas máquinas de informática e imagenología. "Ya no se tiene confianza en la mano que palpa un hígado duro y nodular o que permite identificar 'el signo del tablero de ajedrez' en el abdomen, ni el oído que escucha un soplo cardíaco y no tardará en llegar el momento en que el clínico no se atreverá a diagnosticar el sexo de su paciente" opina Jinich (30).

Ortiz Quezada afirma que en la era de la ciencia y la tecnología se inicia la deshumanización del médico respecto a su paciente, para este autor la medicina se asemeja a la religión y en este sentido posee tres características: 1) promueve el alivio del dolor; 2) intenta la preservación del hombre; 3) es la más humana de las ciencias, en ese sentido aún apoyada en el método científico lo trasciende (31).

Se considera a la relación médico-paciente como el eje central alrededor del cual gira toda la atención y la educación médica. Nuestro concepto de Educación para la Salud es el de una disciplina que estudia y desarrolla los procesos que permiten generar pautas de

conducta -individuales y colectivas- favorables a la salud a través de distintos niveles de acción que van desde la transmisión de información hasta la reflexión y participación conjunta de los integrantes de un proceso educandos-educadores.

Un aspecto psicosocial que modifica la evolución y el desenlace de la enfermedad es la noción del "papel de enfermo" en cada sociedad, la cual condiciona las aspiraciones, los tipos de comportamientos preescritos y las nociones de valor de un enfermo. En función de los condicionamientos sociales y culturales de una determinada sociedad, la compleja interacción de los síntomas de la enfermedad y su percepción por el individuo puede resultar en la adopción o el rechazo del papel de enfermo. Estos papeles se han demostrado en relación con las enfermedades mentales, la epilepsia, la lepra y actualmente el SIDA, en las que el estigma social que las acompaña puede contribuir de manera más decisiva a su incapacidad, que a la misma gravedad clínica de la enfermedad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a) ¿Son distintas las expectativas del paciente hospitalizado y las del médico residente en relación al trato interpersonal que se desarrolla en la relación médico-paciente?

b) ¿En los enfermos las expectativas serían distintas de acuerdo con el tipo de tratamiento y de enfermedad?

b1) Que el paciente priorice su curación como la principal expectativa, es decir, la eficacia.

b2) Es posible que haya diferencias entre las respuestas de los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos.

b3) Son de esperarse diferencias en las respuestas de los pacientes con procesos agudos (menos de seis meses de evolución) y los crónicos con más de seis meses de evolución.

3. HIPOTESIS

a) Las expectativas de los pacientes hospitalizados y las de los médicos residentes difieren en cuanto a lo que debe ser la relación médico-paciente.

b) Las expectativas de los pacientes hospitalizados varían en relación a su diagnóstico (quirúrgico y no quirúrgico) y al tiempo de evolución de su padecimiento (crónico o agudo).

b1) Lo más importante para el paciente en la relación con el médico es su eficacia.

b2) El tratamiento médico conservador o quirúrgico condicionará distintas expectativas en los pacientes hospitalizados.

b3) La interacción entre el médico y el enfermo produce expectativas distintas cuando se trata de padecimientos crónicos o agudos.

4. OBJETIVOS

a) Explorar las expectativas del paciente hospitalizado y las del médico residente en relación a lo que debe ser la RMP.

b) Indagar la influencia del diagnóstico y el tratamiento en las expectativas de los pacientes hospitalizados acerca de la RMP.

b1) Clasificar y jerarquizar las expectativas del paciente.

b2) Valorar la influencia del tratamiento médico o quirúrgico en las expectativas de los pacientes hospitalizados.

b3) Estimar la influencia de la duración de los padecimientos en las expectativas de los pacientes hospitalizados.

5. MATERIAL Y METODOS

a) DISEÑO DEL ESTUDIO

Encuesta comparativa, transversal (sección cruzada, según Spector, 1982) y observacional.

b) UNIVERSO DE TRABAJO

Médicos residentes y pacientes hospitalizados en los servicios de: Cirugía maxilo-facial, Endocrinología, Gastroenterología, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Otorinolaringología, Reumatología en el Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI del IMSS.

c) SELECCIÓN DE LA MUESTRA

a) Tamaño de la muestra

a) Se estudiaron 106 pacientes y 48 médicos residentes de los mismos servicios en el curso de tres meses, marzo, abril y mayo de 1994.

Se encuestaron a todos los médicos residentes disponibles de los servicios elegidos (en los que hay quirúrgicos y médicos, 24 de unos y 24 de otros). Se tomaron, cuando menos, 2 pacientes por cada médico encuestado.

b) Criterios de inclusión

b1) pacientes:

- Todos los individuos hospitalizados en los servicios de: Cirugía Maxilo-facial, Endocrinología, Gastroenterología, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Otorinolaringología, Reumatología, que cumplieran los criterios descritos a continuación:

- por lo menos 48 horas de hospitalización con el fin de tener una relación medico paciente evaluable.

- mentalmente competentes.

- capaces de comunicarse

- que aceptaran contestar el formulario.

b2) médicos:

- médicos que participan en la atención de los casos de pacientes entrevistados.

- que aceptaran contestar el formulario.

c) descripción de las variables

c1) según la metodología

Variable independiente.

- a) Ser o no médico.
- b) Trastorno agudo o crónico (seis meses de duración).
- c) Tipo de tratamiento (quirúrgico o no).

Variables dependientes. *Una serie de expectativas del médico y del enfermo sobre la relación médico-paciente en los distintos dominios:*

- a) eficacia
- b) comunicación
- c) interés
- d) respeto
- e) empatía

Definiciones (32, 33):

- a) Eficacia. *Carácter de lo que produce el efecto deseado.*
- b) Comunicación, comunicar. *Etimológicamente "compartir" o intercambiar. Se trata de un proceso de interacción o transacción entre dos o más elementos de un sistema. Hacer participe a otro de lo que uno conoce o tiene.*
- c) Interés. *Cuidosidad y atención. Fig. inclinación hacia alguna persona.*
- d) Respeto. *Manifestación de cortesía, de urbanidad, atención.*
- e) Empatía. *Interés genuino y recíproco entre las personas.*

c2) Operacionalización de las variables:

- *Se considera como médico al residente que formara parte del equipo médico que atiende a los pacientes al mismo tiempo que se les aplicaron las encuestas a ambos.*
- *Paciente es el enfermo que se encuentra encamado en el hospital de especialidades Siglo XXI en los mismos servicios para ser estudiado y tratado por los mismos médicos residentes encuestados.*
- *Tratamiento quirúrgico. El que se realiza mediante las distintas técnicas de las especialidades quirúrgicas.*
- *Tratamiento no quirúrgico el que no utiliza la cirugía.*
- *Encuesta. Formulario de 35 preguntas agrupadas en cinco dominios que investiga expectativas sobre la relación médico-paciente*

PROCEDIMIENTOS

Se solicitó autorización a los jefes de servicios en los pisos correspondientes: Medicina Interna, Endocrinología, Gastroenterología, Nefrología para entrevistar a los pacientes y a los médicos residentes. La mitad de estos servicios correspondía a clínicos y la otra mitad a quirúrgicos con objeto de tener pacientes con los dos tipos de tratamientos.

Entre los meses de marzo, abril y mayo de 1994 el investigador acudió diariamente a los servicios indicados, revisando los pacientes internados y si se cumplía con los criterios de inclusión solicitaba su consentimiento para aplicar el formulario. Si el enfermo consentía se indagaba si el enfermo podía leer y escribir; si ambas respuestas eran afirmativas el enfermo leía y contestaba el cuestionario mientras el investigador permanecía con él para resolver dudas. En caso contrario el investigador hacía las preguntas y anotaba las respuestas del enfermo. Si bien fueron < del 5%. Este procedimiento tomaba 5 minutos en promedio.

A los médicos residentes se les entrevistó al final de sus actividades académicas de la mañana en forma personal (20 médicos) y el resto durante la jornada, en la misma área de hospitalización de los pacientes encuestados.

Se capturaron las respuestas al cuestionario en una base de datos electrónica (D-Base III plus + Asthon-Tate E.U.A, 1986) y esta se transfirió al paquete Systat versión 4.1 (Systat Inc. E.U.A.).

Se evaluó la RMP con un cuestionario que contenía 35 ítems. Este cuestionario se desarrolló a partir de una serie de preguntas abiertas y de otras que se obtuvieron a partir de la bibliografía (cuestionario L. Ware de satisfacción con la calidad de la atención), que fueron evaluadas por un grupo de 8 alumnos del seminario de tesis, (alumnos de 4º semestre y otros que ya habían terminado) y el profesor de la Maestría en Educación Médica (que para este fin se consideraron expertos) que opinaron en base a la validez de apariencia y contenido de las preguntas. De esta evaluación se obtuvo una segunda versión (REL-MED I) de 78 frases que describían actitudes en los cinco dominios de la RMP y que debían contestarse en una escala tipo Lickert de cinco respuestas: (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre). Esta primera versión se pilotó en 10 pacientes por duplicado con un tiempo entre aplicación y aplicación de 2 a 7 días. Se midió la varianza de cada ítem (se excluyeron los ítems con varianza =0) y con los ítems restantes se calculó la consistencia interna con la prueba alfa de Cronbach (se excluyeron aquellos ítems que reducían el coeficiente en 0.15) y por último el coeficiente de discriminación de Ferguson (sólo se aceptaron ítems con un coeficiente >0.35)

En esta etapa quedaron 15 reactivos y veinte reactivos se redactaron y se probaron nuevamente con el fin de tener un número suficiente de reactivos para cada dominio. El

instrumento final constó de 35 reactivos y tuvo una concordancia $R_i = 0.99$ (test-retest) y consistencia interna, $\alpha = 0.81$.

Cada dominio (eficacia, interés, respeto, empatía y comunicación) contiene 7 ítems que se responden con una escala tipo Lickert con cinco opciones de respuesta: (Lo más importante, importante, No sé, Es lo menos importante, No es importante) que se codificaba con valores, del 1 al 5 donde 1 corresponde a Lo más importante y 5 a lo que No es importante. El valor de cada subescala (dominio) consiste en sumar los puntajes de cada respuesta como promedio de los valores del grupo.

Con estos datos se consideró que el instrumento es preciso (consistente) y válido (contenido y apariencia).

Se compararon los promedios de los valores de cada ítem entre médicos y no médicos con la prueba "t" de Student para muestras independientes (sólo 5 variables -2, 4, 11, 19, 29- mostraron heterogeneidad de varianza y en estos casos se hizo la prueba "U" de Mann-Whitney).

Se sumaron las puntuaciones de respuesta de cada pregunta en dominios, con estas puntuaciones sumadas por dominio se hizo una prueba de Bartlett para evaluar la homogeneidad de las varianzas, y como las varianzas resultaron ser heterogéneas, se compararon:

- a) Con la prueba de Friedman de Anova de dos clasificaciones con rangos, las puntuaciones de cada dominio sólo en los pacientes para responder el planteamiento del problema b1, las pruebas post-prueba se hicieron con la prueba de rangos señalados de Wilcoxon.*
- b) Se compararon las puntuaciones por dominio entre pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos para responder la pregunta b2.*
- c) Se compararon las puntuaciones por dominio entre pacientes agudos y crónicos con la prueba de rangos señalados de Wilcoxon para responder la pregunta b3.*

6. RESULTADOS

Se encuestaron 106 pacientes, 55 hombres y 51 mujeres, con edad promedio de 36.9 años (límite de 13 a 81 años). 82 (77.35%) de ellos tenían enfermedades que se consideraron agudas y 24 (22.64%) crónicas.

Mientras que 23 (21.69%) recibieron tratamiento quirúrgico y 81 (76.41%) médico. 43 (40.56%) eran solteros, 55 (51.88%) casados y hubo 3 casos (cada uno) de viudos y divorciados.

El servicio que más frecuentemente apareció fue Medicina Interna con 52 (49.05%) casos.

El promedio de escolaridad fue de 9 años con límites de 0 a 33 años.

Se encuestaron 48 médicos: 27 (56.25%) hombres y 21 (43.75%) mujeres, con edad promedio de 27.5 años (límites de 24 a 38 años). La figura 2 muestra a qué servicios pertenecían los médicos y la figura 3 corresponde a la frecuencia de los pacientes. La mayoría 25 (52.08%) eran solteros, 11 (22.91%) casados. La escolaridad promedio fue de 20 años con límites de 19 a 27 años.

Las figuras 4 a la 8 muestran los promedios y errores estándar de las sumas de puntuaciones de cada ítem organizada por dominios. Además, muestra el valor de la prueba "t" de student y la probabilidad "p" asociada. Globalmente, el promedio de las sumas de ítems para los médicos fue 86.47 (± 15.89) y para los pacientes fue 76.22 (± 24.29), la diferencia es significativa ($t = -3.13$, $p = 0.002$). Por dominios, las diferencias fueron significativas en las áreas de eficacia, empatía y comunicación.

La figura 9 muestra los promedios y desviación estándar de las sumas de puntuaciones de cada dominio para los pacientes y se advierte que la menor puntuación correspondió al área de eficacia, seguida del área de comunicación, respeto, interés, y empatía, todos los contrastes fueron significativos.

La figura 10 muestra los valores de la prueba "t" y la probabilidad asociada ("p") de las comparaciones de las sumas de puntos de dominio, cuando se compararon entre sujetos con enfermedad aguda o crónica. Solamente el área de empatía mostró una diferencia estadísticamente significativa. La figura 11 muestra que prácticamente no existe diferencia en la cantidad de tiempo que médicos y pacientes consideran se debe dedicar por consulta.

ÁREAS	INTERES	RESPETO	EFICACIA	COMUNICACION	EMPATIA
INTERES					
RESPETO	-8.4 0.000		8.07 0.000		
EFICACIA	-8.8 0.000				
COMUNICACION	-8.79 0.000	-7.90 0.000	3.54 0.000		-7.56 0.000
EMPATIA	-8.65 0.000	3.94 0.000	7.69 0.000		

En relación a la pregunta b1 "Que el paciente priorice su curación como la principal expectativa, es decir, la eficacia".

Se aplicó la prueba de Bartlett.

Interés 189.84 gl 103
 ————— —————
 Comunicación 6.42 gl 103
 F=29.57 p=0.000

Fiedman = 283.51 p=0.000 gl 4

Pregunta b2 "Es posible que haya diferencias entre las respuestas de los pacientes con tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos".

Tratamiento X EFICACIA U = 1.96 p = 0.37 "U" Mann-Whitney

INTERES U = 3.05 p = 0.22

EMPATIA U = 5.93 p = 0.051

RESPETO U = 3.21 p = 0.20

COMUNICACION U = 1.03 p = 0.59

En la tabla anterior el valor más alto lo muestra el dominio empatía. Es comprensible que los pacientes con tratamientos médicos, por lo regular más largos que los quirúrgicos, le otorguen una importancia mayor a la empatía que tanto necesitan.

En relación a la pregunta b3 "Son de esperarse diferencias en las respuestas de los pacientes con procesos agudos (menos de 6 meses de evolución) y los crónicos con más de 6 meses de evolución.

U. MANN-WHITNEY

EFICACIA	$U = 0.65$ $p = 0.72$
INTERES	$U = 2.35$ $p = 0.30$
EMPATIA	$U = 7.25$ $p = 0.02$
RESPECTO	$U = 4.08$ $p = 0.13$
COMUNICACION	$U = 1.13$ $p = 0.56$

Fig 1

DISTRIBUCION POR EDADES Pacientes

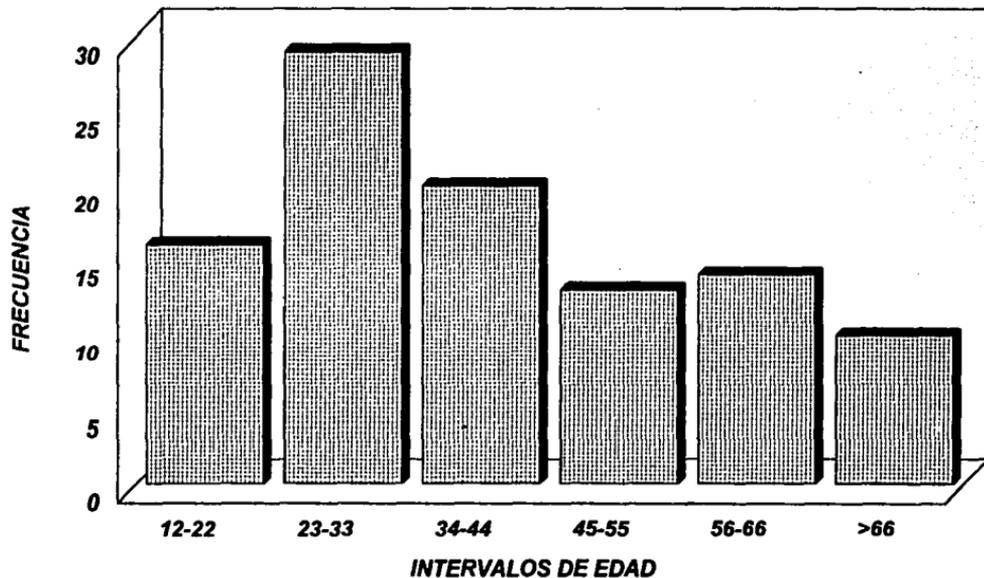
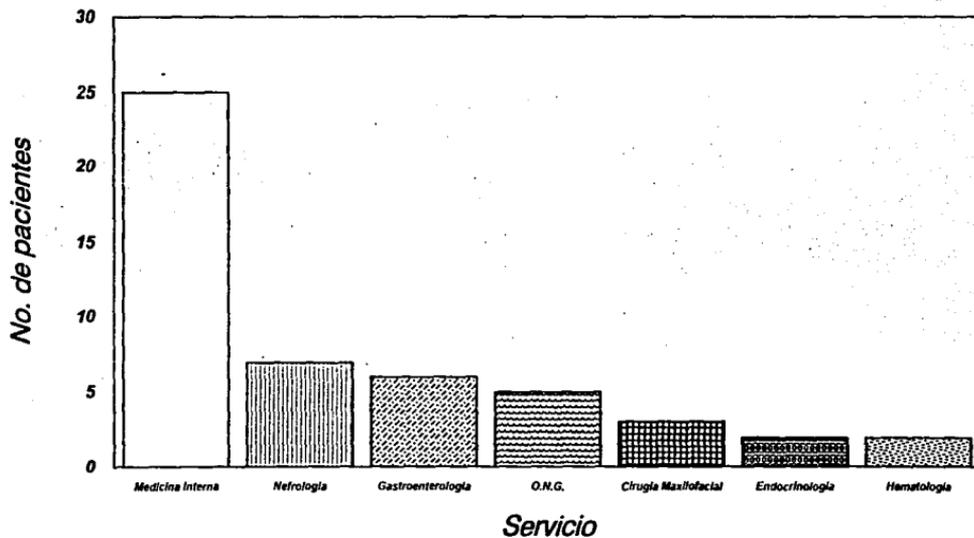


Fig 2

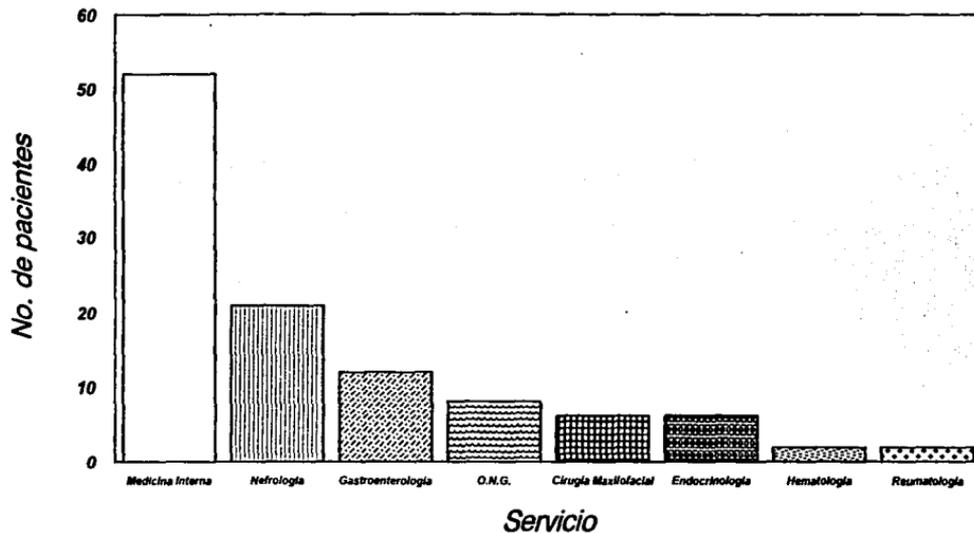
FRECUENCIA DE SERVICIOS EN MEDICOS



Fuente: *Rel Med 12*
Hospital de Especialidades C.M.N.
* O.N.G. Otorrinolaringología

Fig 3

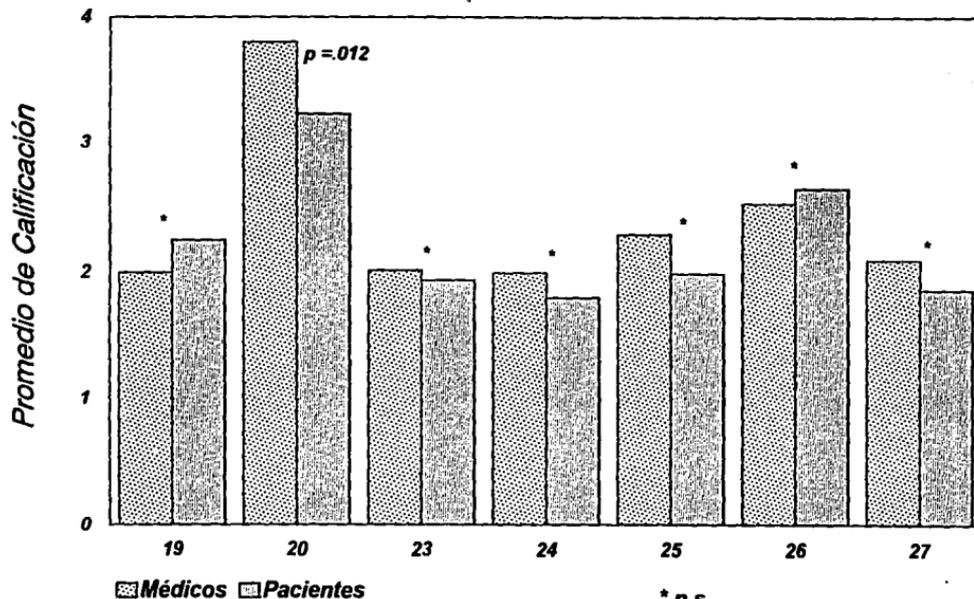
FRECUENCIA DE SERVICIOS EN PACIENTES



Fuente: *Rel Med 12*
Hospital de Especialidades C.M.N.
* O.N.G. *Otorrinolaringología*

Fig 4

DIFERENCIAS EN IMPORTANCIA CONTRASTE MEDICOS PACIENTES AREA EMPATIA

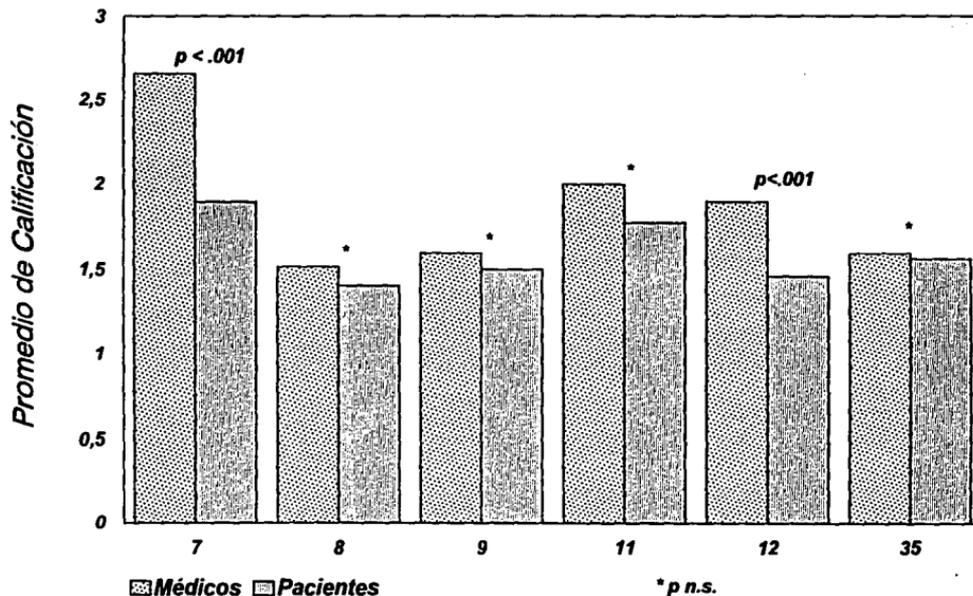


Fuente: *Rel Med 12*
Hospital de Especialidades C.M.N.

Se muestran los promedios de calificación (puntuaciones)
de las preguntas correspondientes al área de empatía.

Fig 5

**DIFERENCIAS EN IMPORTANCIA
CONTRASTE MEDICOS PACIENTES AREA INTERES**

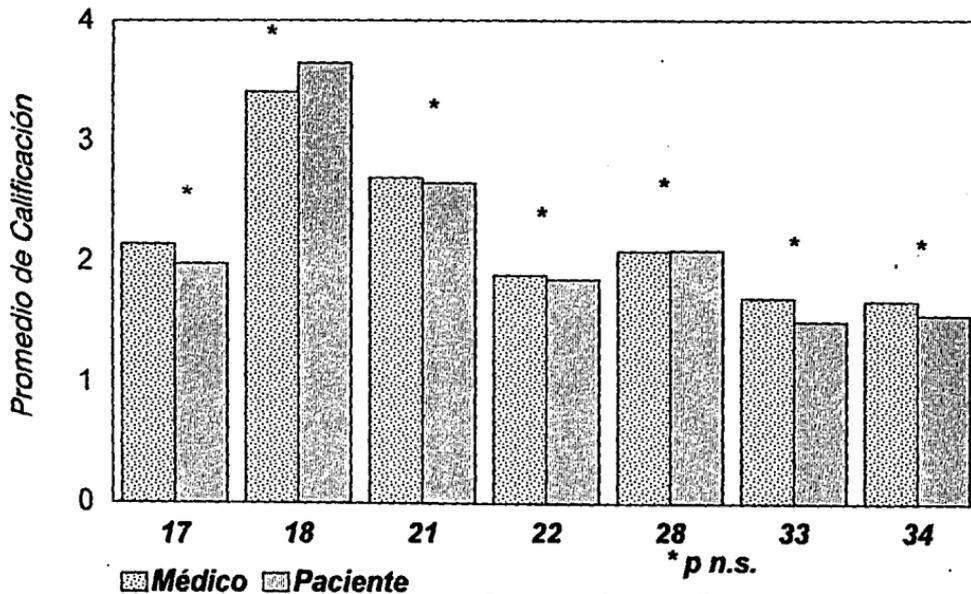


Fuente: Rel Med 12
Hospital de Especialidades C.M.N.

Se muestran los promedios de calificación (puntuaciones)
de las preguntas correspondientes al área de interés.

Fig. 6

**DIFERENCIAS EN IMPORTANCIA
CONTRASTE MEDICOS PACIENTES AREA RESPETO**

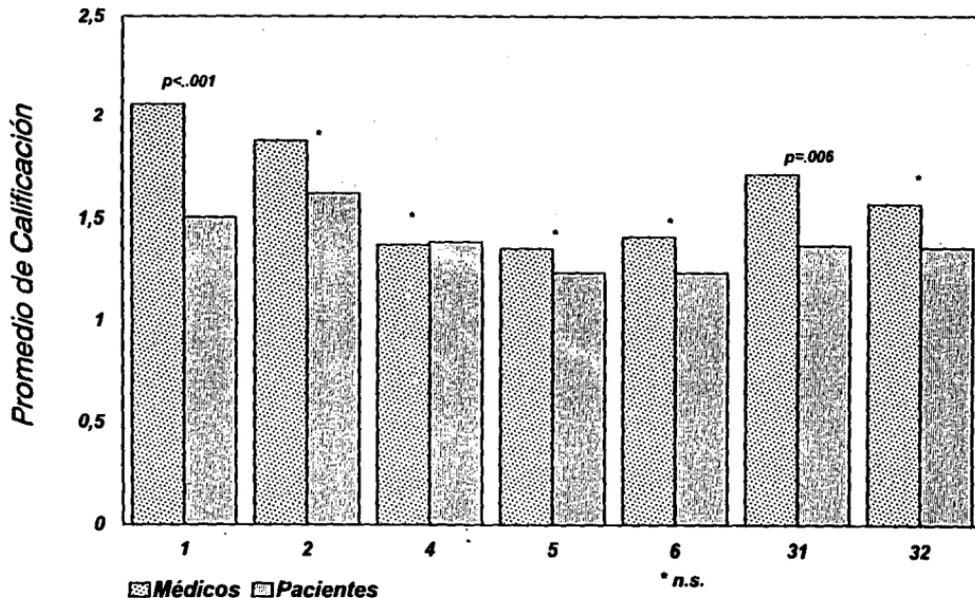


Fuente: *Rel Med 12*
Hospital de Especialidades C.M.N.

Se muestran los promedios de calificación (puntuaciones) de las preguntas correspondientes al área de interés en médicos y pacientes.

Fig 7

**DIFERENCIAS EN IMPORTANCIA
CONTRASTE MEDICOS PACIENTES AREA EFICACIA**

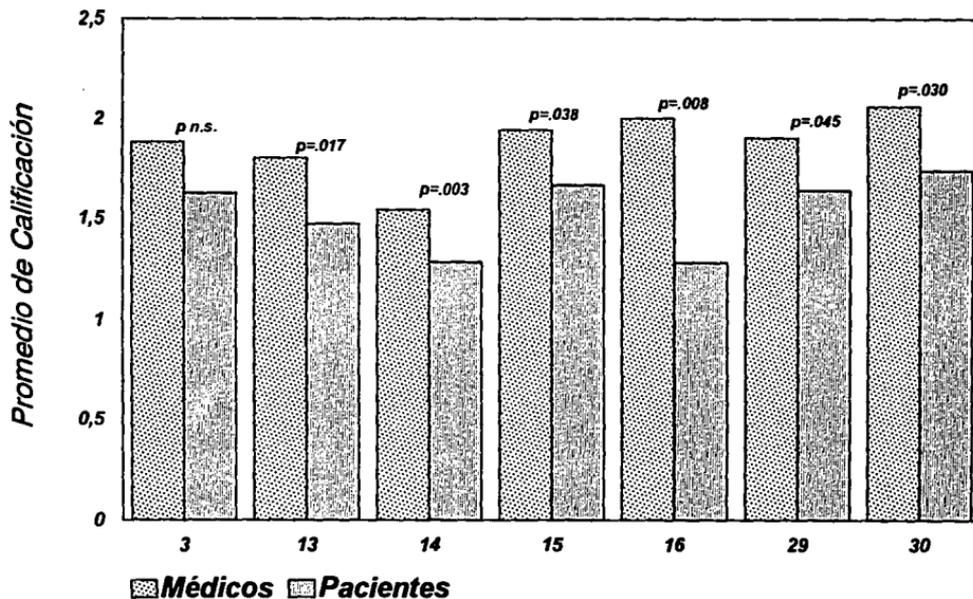


Fuente: *Rel Med 12*
Hospital de Especialidades C.M.N.

Se muestran los promedios de calificación
(puntuaciones) de las preguntas correspondientes al
area de eficacia.

Fig. 8

**DIFERENCIAS EN IMPORTANCIA
CONTRASTE MEDICOS PACIENTES AREA COMUNICACION**

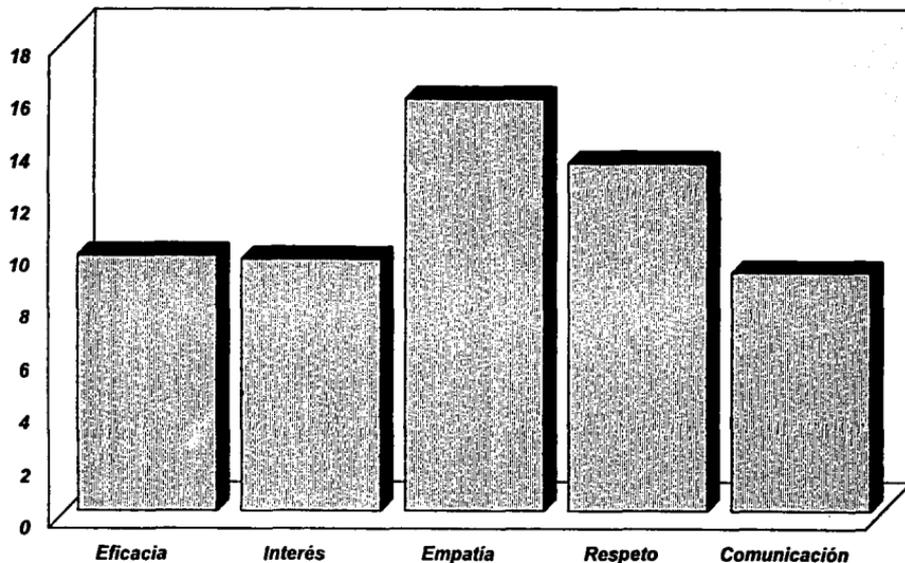


Fuente: *Rel Med 12*
Hospital de Especialidades C.M.N.

Se muestran los promedios de calificación (puntuaciones) de las preguntas coorrespondientes al área de comunicación.

Fig 9

**DIFERENCIAS EN IMPORTANCIA
TODOS LAS AREAS EN PACIENTES**



Pacientes

Fuente: *Rel Med 12*
Hospital de Especialidades C.M.N.

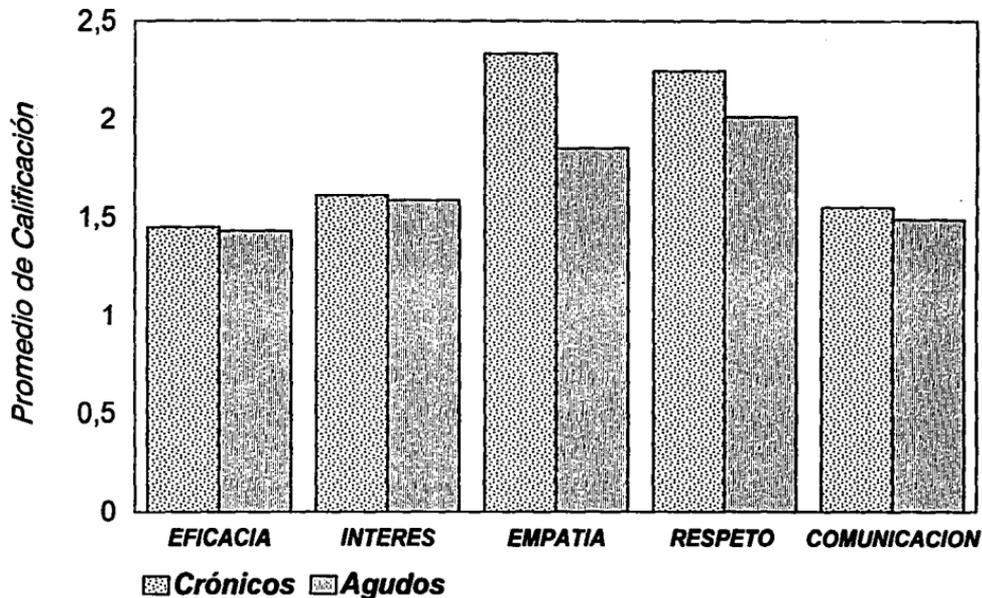
Se muestran las sumas de puntuaciones de los distintos dominios.

$X^2r= 283.51$ $gl=4$, $p=0.000$ para los contrastes entre las distintas áreas en los pacientes.

Nótese que las puntuaciones más bajas significan "Es lo más importante" y que estos corresponden con el área de eficacia.

Fig 10

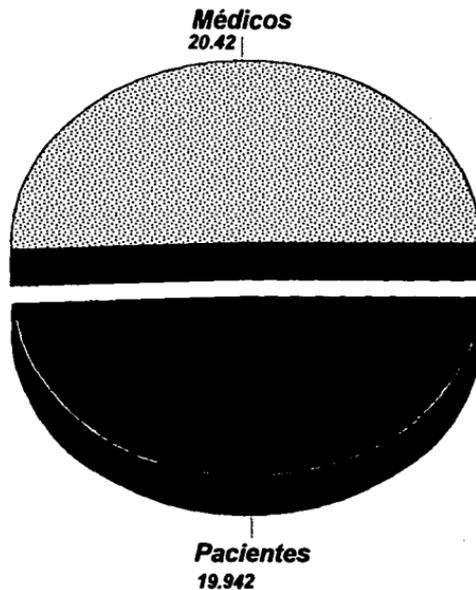
**DIFERENCIAS EN IMPORTANCIA TODOS LOS DOMINIOS
CONTRASTE ENTRE PACIENTES CRONICOS Y AGUDOS**



**Fuente: Rel Med 12
Hospital de Especialidades C.M.N.**

Fig 11

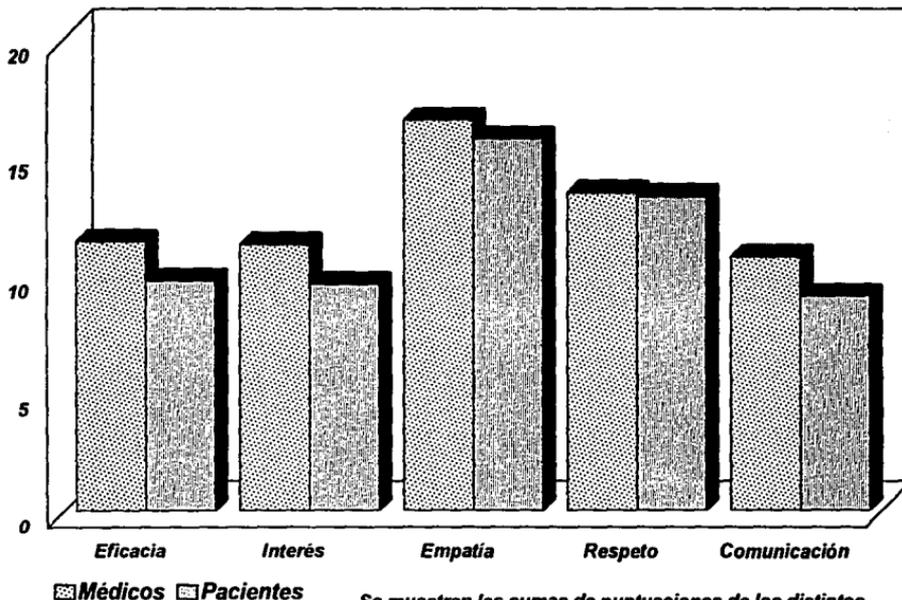
TIEMPO PROMEDIO POR CONSULTA ENTRE MEDICOS Y PACIENTES



**Fuente: Rel Med 12
Hospital de Especialidades C.M.N.**

Fig 12

**DIFERENCIAS EN IMPORTANCIA
CONTRASTE MEDICOS PACIENTES TODAS LAS AREAS**



Fuente: Rel Med 12
Hospital de Especialidades C.M.N.

Se muestran las sumas de puntuaciones de los distintos dominios.

$\chi^2 = 283.51$ $gl=4$, $p=0.000$ para los contrastes entre las distintas áreas en los pacientes.

Nótese que las puntuaciones más bajas significan "Es lo más importante" y que estos corresponden con el área de eficacia.

7. DISCUSION

Es manifiesta la diferencia en las expectativas de los pacientes y de los médicos residentes en lo que a los aspectos interpersonales de la RMP se refiere. Se trata de una diferencia global. Esto podría ser por la distinta Educación para la salud en el caso de los pacientes y la Educación médica que recibieron los médicos (34-36) ; lo anterior condicionaría conceptos diferentes sobre la misma actitud o conducta, por ejemplo: "Que el Dr. le diga la verdad sobre su padecimiento".

Las diferencias son desiguales y se agrupan sobre todo en tres dominios:

- a) eficacia*
- b) empatía*
- c) comunicación*

Sobre la comunicación inciden numerosas variables, algunas complejas, como la del estrato socioeconómico (escolaridad), sexo -tanto del paciente como del médico-, la apariencia del médico (varios pacientes le concedieron importancia al que estuviera bien arreglado), el tiempo que le dedique a su paciente (37- 39) .

Las diferencias, aún siendo estadísticamente significativas cuantitativamente son pequeñas, pero muy contrastantes entre el grupo de médicos y el de pacientes.

En todos los casos indican que al paciente le interesa más y al médico menos los dominios explorados de la relación interpersonal estudiada. Efectivamente, al paciente le interesa primero la eficacia, luego la comunicación, respeto, empatía y, por último, el interés que el médico pueda tener por el paciente (40).

La mayoría de los pacientes demandaron alrededor de 15 minutos por consulta, pero la forma de utilizar ese tiempo es lo que realmente importa al paciente; no quiere que se distraiga el médico, que no hable con otras personas o por teléfono, espera que lo vea a los ojos y lo escuche con atención. Desea que lo explore con cuidado, pero sobre todo, que lo cure y que en un lenguaje comprensible le comunique su estado de enfermedad, la o las formas de mejorar y qué es lo que le espera.

En la pregunta "tiempo dedicado por consulta", no hubo mayores diferencias entre el grupo de médicos y pacientes, sin embargo, los médicos no le dieron tanta importancia al tener prisa durante la consulta o estar bien arreglados; un paciente manifestó que el desaliño de un médico residente y el que comiera durante la visita le parecía una falta grave de respeto. Hay que señalar que la mayoría de los pacientes entendía "la prisa" como una necesidad del trabajo hospitalario en donde hay pacientes más delicados que ellos mismos, que pueden necesitar la atención del médico.

El área de respeto la entienden por igual los médicos y los pacientes.

Un aspecto medular de la comunicación, lo constituyó la información ; que el mensaje dirigido a los pacientes sea comprensible, veraz y útil en el sentido que "lo haga sentirse mejor" . le dé elementos para ser sujeto activo y crítico de su tratamiento y rehabilitación, ofreciéndole la opción de elegir ante distintas alternativas terapéuticas (41-49).

La única diferencia entre enfermos crónicos y agudos es la impresión que tienen de la empatía.

No se encontraron diferencias entre los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos. Es explicable en relación a las dos anteriores variables que el trato más prolongado y estrecho de los pacientes le concedan más importancia a la empatía que tanto necesitan (50- 52).

En relación al instrumento de medición, no se encontró en la revisión bibliográfica una escala aplicable a los propósitos del estudio, por lo que tuvo que diseñarse un cuestionario específico (53). Si bien fueron menos del 5 % las encuestas que escribió el investigador con las respuestas elegidas por los pacientes, habría que tomar en cuenta el criterio de variabilidad que esta maniobra produce en los resultados. Una limitante del instrumento es que algunos reactivos corresponden a más de un dominio, ya que hay actitudes y conductas relacionadas con la empatía y el interés o el respeto y la empatía. La confiabilidad del instrumento se probó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. "Medidas de consistencia interna como la KR 20 y alfa de Cronbach's están basadas en que la precisión del índice se incrementará agregándole a la covarianza de los ítems y el número de ítems incluidos" (54).

El instrumento midió lo que se propuso. La consistencia repetibilidad y la consistencia interna, lo fundamentan. El cuestionario tiene validez de expresión, de contenido y de apariencia .

En lo que respecta al análisis estadístico, hay que mencionar que "... en las pasadas décadas la mayoría de la investigación concerniente al cuidado del paciente ha sido más matemática que clínica". Tiene la investigación médica aspectos cualitativos y cuantitativos, estos últimos más sencillos de concretar en cifras, sin dejar de reconocer las limitaciones que también tienen los aspectos estadísticos tan sobrevalorados en la investigación médica . "Sin una taxonomía satisfactoria y datos básicos, y sin mejores vías para la expresión de los pacientes, el modelo matemático proporciona expresiones cuantitativas inadecuadas para las probabilidades, utilidades y sus productos" (55).

Estos resultados podrían ser aplicables a poblaciones semejantes, es decir, pacientes hospitalizados en grandes centros hospitalarios del IMSS, lo mismo con lo que respecta a los médicos residentes.

CONCLUSIONES

Como se ha visto, en esta investigación de la RMP y desde la perspectiva de la Educación Médica, "es necesario enfatizar que para poder cumplir con los postulados básicos de la medicina, el estudiante debe conocer la relación médico-paciente, su responsabilidad, estar

conciente de que los principios éticos y morales dependen fundamentalmente de las necesidades de la sociedad para poder entender sus derechos" (56).

Este trabajo se realizó en una institución de seguridad social lo que matiza y condiciona diferencias en la RMP en comparación con la medicina privada. La primera, en este país y en este momento, es superior aún con todas sus deficiencias, al ejercicio de la medicina privada. La medicina institucional, como es el caso del IMSS, en una situación ideal permitiría aprovechar al máximo toda la información médica del paciente y facilita el codificarla, apoyados en los equipos de bioestadística, lo que posibilita efectuar trabajos clínicos, valorar tratamientos y validarlos, cambiarlos, comparar lo hecho con lo de otros equipos nacionales o extranjeros, dando lugar a publicaciones orientadas al hospital, institución, autoridades sanitarias, pudiendo corregir errores e incluso permite informar a la Universidad para mejorar y actualizar la enseñanza médica, al permitir demostrar como erróneos en su caso, algunos criterios diagnósticos y manejos médicos, considerados hasta entonces como inamovibles, con la consiguiente corrección de programas de formación médica o adecuación de los mismos. (57, 58).

Un aspecto que mostraron los resultados fueron las distintas expectativas que sobre algunos aspectos de la RMP tienen los médicos residentes y los pacientes; éstas dependen en parte de los conceptos de "paciente, salud, enfermedad, médico" que cada quien tenga. las discrepancias entre médicos y pacientes puede afectar la efectividad de la comunicación (59, 60).

La comunicación fue el dominio del cuestionario en el cual se observó más nítida la diferencia entre médicos residentes y pacientes hospitalizados. En esta área radica la principal fuente de conflictos y posteriores quejas de derechohabientes del IMSS ante la institución, según el Departamento de Orientación al Derechohabiente (61).

Para mejorar la RMP los médicos necesitan saber qué es lo que esperan los pacientes de estos profesionales de la salud. Ya que esta relación esta continuamente evolucionando, es pertinente estaría siempre cuestionando para incorporar la información resultante al currículum médico de las facultades de medicina y a los cursos de Educación Continua .

En la comunicación que forma parte substancial de la RMP, influyen una serie de variables, algunas complejas como puede ser el nivel sociocultural que se puede manifestar como condiciones de vida y nivel de escolaridad. Un autor señaló que la gente pobre está dos veces más insatisfecha con la comunicación Médico-Paciente mediante una encuesta telefónica a 2 182 sujetos (62).

Un aspecto muy importante de la comunicación es la ética que transmite la Educación Médica ¿Hasta donde decite a un paciente el estado real de su enfermedad? Aquí habría que individualizar los casos; no es lo mismo el paciente anciano en estado crítico que un adulto joven con hijos (63).

La psiquiatría, la medicina interna y la oncología son de las especialidades médicas que más atención ponen en la RMP. Los grupos Balint son un esfuerzo en este sentido. En

alguno de ellos se estudiaron los sentimientos que experimentaban los pacientes frente al médico general (64).

Un componente prioritario de la comunicación entre el médico y el paciente es el referente a la información. Es frecuente que los pacientes refieran, desde su particular punto de vista, haber recibido opiniones o indicaciones que suenan descabelladas. ¿Por qué ocurre esto? Realmente corresponden las percepciones del paciente a la información proporcionada por el médico?. En relación a la información, las preguntas : "13. Que el Dr. le diga el nombre de su enfermedad; 14. Que el Dr. le explique su tratamiento y 15. Que el Dr. le explique a sus familiares sobre su enfermedad", la mayoría de los pacientes encuestados contestaron que preferían saber "la verdad" a excepción de los pacientes con VIH, quienes optaron en general porque no se informara a sus familiares la verdadera naturaleza de su padecimiento o más aún, porque se ocultara el diagnóstico de su padecimiento. Esto también plantea problemas ético-legales. Hay estudios que reportan que los pacientes con procesos morbosos terminales prefieren en un 80%, una información "candida" sobre sus diagnósticos y pronósticos.

Otra de las variables que puede intervenir en la comunicación es el sexo de los pacientes, según un reporte en el que las voces de las mujeres son frecuentemente silenciadas en la RMP, a decir de autores feministas. En relación al género las respuestas sobre la preferencia que el médico fuera hombre o mujer se mostraron indiferentes, la mayoría de los encuestados a excepción de unos cuantos (hombres y mujeres) que se inclinaron por médicos masculinos.

Un aspecto de la comunicación que tiene que ver con el respeto (casi todas las preguntas tocan más de un dominio), es el de explicar a los pacientes las distintas alternativas de tratamiento especialmente frente a posibles maniobras de resucitación en pacientes en estadios terminales. Los oncólogos han tenido que desarrollar una particular sensibilidad para tratar a sus pacientes y para informarles. Se ha visto que a medida que los pacientes tienen más y mejor información, la introgencia disminuye. Los cirujanos oncólogos han descrito que la empatía, la información e involucrar a los pacientes en las decisiones sobre sus tratamientos contribuye a mejores resultados. Contrastando con lo anterior, otros autores encontraron en una serie de 115 casos estudiados, que sólo 30% del total fueron tomados en cuenta por sus médicos para las decisiones terapéuticas (65).

Un progreso en el desarrollo de la RMP es la introducción del concepto de comunicación médico-paciente-familia, el cual se ha incorporado en algún curriculum para la formación médica en los E.U.A. Conjuntamente con estos avances se menciona la comunicación educativa como una estrategia terapéutica. La comunicación M-P no se ha substraído a la era de la informática en que vivimos y así en los países industrializados es posible que ésta se realice vía computadoras personales. Una encuesta en 87 pacientes contestó en un 74% que el correo electrónico fue percibido como conveniente, rápido y accesible para recibir atención por parte de sus médicos tratantes (66).

Finalmente, podemos concluir que este aspecto de la RMP, el de la comunicación, requiere de más estudios y profundizar en lo que respecta a la información que se revela como un

atributo medular de la primera. Hay autores que opinan que este problema ha recibido poca atención y menos difusión.

Coincidimos con Viniegra en su propuesta de dar: "recursos de educación al paciente y sus familiares para lograr su participación activa e inclusive desarrollar algunas posibilidades de autoatención". En la medida que la Educación facilite la mayor participación crítica y organizada de los pacientes como sujetos conscientes de su papel principal del equipo de salud, que debe ser multidisciplinario, mejores serán los resultados de la interacción personal del médico y el paciente (67-70).

Una propuesta que se deriva del presente trabajo es un replanteamiento de la educación Médica en lo que respecta a la RMP en el Instituto Mexicano del Seguro Social que cuenta con el 49 por ciento de los médicos del Sector Salud y 51 por ciento del personal no médico para atención de la salud. De la misma forma que la clínica, y su enseñanza, tiene que modernizarse es necesario acercar las concepciones de médicos y pacientes en lo que debe ser el trato interpersonal. El futuro plantea un usuario más demandante, más exigente y crítico en la medida en que resulte eficaz la educación para la salud (71-80).

En relación a la pregunta No. 1 ¿Si necesitara otra hospitalización volvería aquí?. El 90 % de los pacientes se pronunció a favor de regresar al hospital en caso de necesitar otra hospitalización a diferencia de los médicos que sólo el 70 % respondió que volverían a internarse en el mismo hospital. Esta notable diferencia podría interpretarse como una expresión del concepto global que tienen los médicos residentes del funcionamiento del hospital en el que se incluye su propio trabajo. Es preocupante que al 30 % de los residentes el hospital en donde se adiestran no les inspire confianza como para atenderse como pacientes en caso de que lo necesitaran.

La Educación Médica tiene mucho que aportar en el desarrollo y en la mejora de la RMP. Es necesario revisar el concepto de RMP que se transmite en los contenidos relacionados con el tema, en el plan de estudios de la licenciatura en medicina que imparte la UNAM, ya que en la actualidad pareciera ser insuficiente o, cuando menos, ineficaz si se consideran los resultados de diversas evaluaciones realizadas en torno de dicha relación interpersonal. Habría que cuestionar el espacio y la atención que a la Enseñanza y a la formación de la RMP dedican los programas de especialidad en el IMSS.

Una perspectiva moderna y humanitaria de la Educación Médica debe contemplar la enseñanza de los derechos humanos relacionados con la RMP a los estudiantes de medicina, a los médicos residentes y aún a los médicos de base. De igual manera es pertinente su difusión entre los derechohabientes del IMSS como un aspecto central de la Educación para la Salud mediante la cual, además de conocer sus derechos se les proporcionen elementos que les ayuden a asumir una activa responsabilidad en el cuidado y promoción de su salud. "La formación humanitaria es necesaria para todos, dado que constituye la base de una Educación completa" (81-92)

Podría ser conveniente instrumentar cursos para los médicos residentes del IMSS con el objetivo de sensibilizarlos y contribuir a su formación en lo que se refiere a los papeles del médico y del derechohabiente en la RMP (93-95).

El progreso y la humanización de la RMP producirá beneficios para todos, los derechohabientes podrían contar con un contexto más favorable para la conservación o recuperación de su salud, con los consiguientes ahorros en costos sociales y económicos. Los médicos también podrían contar con un contexto profesional más satisfactorio haciendo más eficaces y concientes los procesos de conservación de la salud y de alivio del sufrimiento (96-98).

BIBLIOGRAFIA

1. Falvo D., Tippy P. *Communicating information to patients. J Fam Pract.* 1988; 26: 643.
2. Garduño M. *La relación médico-paciente en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Médica IMSS.* 1976; 2: 328-331.
3. Somolinos J. *La interacción médico-paciente. Bosquejo Histórico. Gac Méd Mex* 1975; 109: 427-432.
4. García Ballester L. *Galeno. Guadarrama. Madrid.* 1972.
5. Jellimek M. *Erosion of patient trust in large medical centers. Life Sci.* 1987; 14: 16-19.
6. Jack C., Barafeld P. *Tender puentes entre médicos y enfermos. F Mun Sal.* 1989; 10: 29-30.
7. Di Matteo M., Hays R. *Relationships of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physicians workload. Health-Psychol.* 1986; 5 (6): 582-594.
8. Epstein A., Taylor W., Seage G. *Effects of patients socioeconomic status and physicians' training and practice on patient-doctor communication. Am J Med.* 1985; 78: 101-106.
9. Priel B. *A semiotic perspective on chronic pain: implications for the interaction between patient and physician. Br-J-Med-Phycol.* 1991; 64: 65-71.
10. McCann D., Blossom H. *The physician as a patient educator. From theory to practice. Wets J Med.* 1990; 153: 44-49.
11. Kurt M., et. al. *Teaching medical students the effects of values and stereotyping on the doctor-patient relationship. Soc Sci Med.* 1985; 21: 1043-1047.
12. Magil M. Senf J. *A new Method for measuring continuity of care in family practice residencies. J Fam Pract.* 1987; 24: 165-168.
13. *Programa de psicología médica clínica. Edit Fac UNAM.* 1987.
14. Sparr L., Gordon G., Hickam D., Girard D. *The doctor-patient relationship during medical internship: the evolution of dissatisfaction. Soc Sci Med.* 1988; 26: 1095-1101.
15. Branch W., Arky R., Woo B., Steeckle J., Levy D., Taylor W. *Teaching medicine human experience: a patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students. Ans of Int Med.* 1991; 114: 482-489.
16. Shaw P, Gath D. *Teaching the doctor-patient relation to medical students. Med Educ.* 1975; 9: 176-181.
17. Lanken P, et. al. *Withholding and withdrawing life -sustaining therapy. Ans of J Med.* 1991; 115: 478-475.
18. Sankar A. *Out of the clinic into the home: control and patient-physician communication. Sci Med.* 1986; 22: 973-982.
19. Alegria P. *Factores que intervienen en la relación médico-paciente en las instituciones de seguridad social. Rev Med IMSS.* 1976; 2: 322-327.

20. Putnam S, Stiles W, Casey M, James S. Patient exposition and physician explanation in initial medical interviews and outcomes of clinic visits. *Med Care*. 1985; 23: 74-82.
21. Pucheu C. Factores que intervienen en el desarrollo de la relación médico paciente durante los estudios de pregrado. *Rev Med IMSS*. 1976; 3: 290-294.
22. Morales F, Chiwo J, Velazco V. El por qué y para qué de la educación para la salud. *Rev Med IMSS*. 1993; 5-6: 329-330.
23. Tamayo R. La enseñanza de la relación médico paciente durante los estudios de pregrado y posgrado en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med IMSS*. 1976; 3: 286-289.
24. Arborelius E, Timpka T. In the what may videotapes be used to get significant information about the patient-physician relationship? *Med-Teach*. 1990; 12: 197-208.
25. Lain E. *El médico y el enfermo*. Alianza, Madrid, 1979.
26. Lain E. *Historia de la Medicina*. Espasacalpe 1983.
27. De la Fuente R. *Psicología Médica*. FCE, México. 1992.
28. Clavereul J. *El orden médico*. Barcelona. 1983.
29. Reporte del Comité de Evaluación de Especialidades. *Fac. de Medicina, UNAM*, 1973.
30. Jinich H. La nueva tecnología en Medicina. Seminario. FM de la UNAM, agosto de 1992.
31. Ortiz Quesada F. *La enfermedad y el hombre*. Nueva Imagen. México. 1985.
32. *Diccionario español moderno*, Larousse.
33. Salazar et al. *Psicología Social*, Trillas, 1982, vol. 1, pp. 32-76.
34. Cano F. La formación profesional del médico y la interdisciplina. *Gac Med Mex*. 1991; 127: 189-194. Baker L, Connor J. Physician-patient communication from the perspective of library and information science. *Bull Med Libr Assoc*. 1994; 82: 268-271.
35. Peña G. La relación médico paciente al nivel de medicina institucional. *Arch Med Res*. 1987; 25: 453-456.
36. Wesley T. Patient involvement Key to enhancing doctor-patient relationship. *JOAC Int*. 1992; 92: 690-695.
37. Baker L, Connor J. Physician-patient communication from the perspective of library and information science. *Bull Med Libr Assoc*. 1994; 82: 268-271.
38. Kai, Ohi G, Yano E, Kobayashi Y, Miyama T, Niino N, Naka K. Communication between patients and physicians about terminal care: a survey in Japan. *Soc Sci Med*. 1993; 36: 1151-1159.
39. Husserl F. Effective communication: a powerful risk management tool. *J La State Med*. 1993; 145: 29-31.
40. Lettre P. The patient and good health. *Can Nurse* 1991; 87: 36-38.
41. Spielman B. Expanding the boundaries of informed consent: disclosing alcoholism and HIV status to patients. *Am J Med*. 1992; 93: 216-218.

42. Malterud K. *Strategies for empowering women's voices in the medical culture.* *Health Care Women Int.* 1993; 14: 365-373.
43. Haas J et al. *Discussion of preferences for life-sustaining care by persons with AIDS. Predictors of failure in patient-physician communication.* *Arch Intern Med.* 153: 1242-1248.
44. Virmani J, Schneiderman L, Kaplan R. *Relationship of advance directives to physician-patient communication.* *Arch Intern Med.* 1994; 25: 909-913.
45. Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa. Complementos y estudios previos.* REI México, 1993; 27.
46. Jinich H, Castañeda G. *El médico, el enfermo y la medicina.* México: UNAM, 1986: 125
47. Kravitz R, Cope D, Bhrany B. *Internal medicine patients' expectations for care during office visits.* *J Gen Int Med.* 1994; 9: 188-189.
48. Knofine A. *Middlebrook p social psychology and modern life.* New York 1974; 107-155.
49. Hickson G, Wrigth E, Githons O, Sloan F. *Factors that prompted families to file medicine mal practice claims following perinatal injuries* *JAMA* 1992; 267 No. 10: 1357-1363.
50. Sharp J. *Expanding the definition of quality of life for prostate cancer.* 1993; 71: 1078-1082.
51. Sparr L, Gordon G, Hickman D, Girard D. *The doctor-patient relationship the evolution of dissatisfaction.* *Soc Sci Med* 1988; 26: 1095-1101.
52. Humphrey G, Littlewoods J, Kamps W. *Physician-patient communication: a model considering the interaction of physician's therapeutic strategy and patients' copying style.* *J Cancer Educ.* 1992; 7: 147-152.
53. Downie N, Health R. *Métodos Estadísticos Aplicados.* Harla. México. 1986: 276.
54. Reid L. *Medición en Ciencias Sociales.* México: Mekanografía en Prensa, 1994: 37-54.
55. Spielman B. *Expanding the boundaries of informed consent. Disclosing alcoholism and HIV status to patients.* *Am J Med* 1992; 93 (2): 216-218.
56. Feinstein A. *Clinical judgement revisited: the distraction of quantitative models.* *Ann Intern Med;* 120: 799-805.
57. MacGregor C. *Elementos prioritarios en la formación de los médicos.* *Gac Med Mex* 1991; 188-189.
58. Ponce de León M, Ponce de León R, Garduño M. *Resultados de una encuesta de detección de necesidades (contenido, métodos y técnicas) en educación médica continua.* *Gac Med Mex.* 1991; 127; 199-206.
59. Spielman B. *Expanding the boundaries of informed consent. Disclosing to patients. Alcoholism and HIV status to patients* *Am J Med* 1992; 93 (2): 216-218.
60. Hickson G, Wrigth E, Githons O, Sloan F. *Factors that prompted families to file medicine mal practice claims following perinatal injuries* *JAMA* 1992; 267 No. 10: 1357-1363.
61. *Informe anual del Depto. de Orientación al derechohabiente imss.* 1994.

62. Wood D, Freeman H, Shapiro M. Are poor families satisfied with the medical care their children receive?. *Pediatrics*, 1992; 90: 66-70.
63. Clarke D, Goldstein M. Ethical dilemmas in the critically ill elderly. *Clin Geriatr Med*. 10: 91-101.
64. Llano E. El morir humano ha cambiado. *Bol of Sanit Panam*. 1990; 108 (5-6): 465-472.
65. Roberts C, Cox C, Reintgen D, Baile W, Gilbertini M. Influence of physicians Communication on newly diagnosed breast patients. *Cancer*. 1994; 74: 336-341
66. Fernández M, Iglesias C, Moreto A, Naberman C, Rodríguez M, Ferrer R. The physician-patient relation through a Balint grup. *Aten Prim*. 1993; 12: 390-392.
67. Mainous A, Clark J, Hagen M. The utility of electronic mail as a medium for patient-physician communication. *Arch Fam Med*. 1994;3: 268-271
68. Roberts C, Cox C, Reintgen D, Baile W, Gilbertini M. Influence of physicians Communication on newly diagnosed breast patients. *Cancer*. 1994; 74: 336-341.
69. Viniestra L, Morales J, Gabbai L. Estudio sobre reproductibilidad de un método para la entrevista médico-paciente. *Rev Inv Clin* 1981, 33: 404-411.
70. Viniestra L, Jiménez J, Oérez-Padilla R. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. *Rev Inv Clin*. 1991; 43: 87-93.
71. Viniestra L. El pensamiento teórico y el conocimiento médico. México; UNAM, 1988.
72. Viniestra L. ¿Qué significa la resolución de un problema clínico?. UNAM, 1981; 33: 151-159.
73. Lacroix A, Courvoisier F, Aufseesser M, Assal J. The dialogue of prescribing, Gaps and possibilities for improvement white a brief interactive seminar. *Scweiz Rundsch Med Prax* 1992; 81: 138-141.
74. Levinston W, Stiles W, Inui T, Engle R. Physician frustration in communicating with patients. *Med Care* 1993; 31: 285-295.
75. Vidal G. La enseñanza de la ética moderna. *Rev Fac Med* 1991; 34 (1): 90-96.
76. Sass H. La bioética: modelos de ética y fundamentos filosóficos y aplicación. *Bol of Sanit Panam* 1990; 108 (5-6): 391-398.
77. Babbie E. Métodos de investigación por encuesta. México: FCE, 1988.
78. Dawson B, Trapp R. Bioestadística médica. Manual moderno. México, 1993.
79. Streiner D, Norman G. Helt Measurement Scales. Oxford University Press, 1988.
80. Popper K. La sociedad abierta y sus enemigos. 1992. Paidós Barcelona:30.
81. Briones G. Métodos y técnicas de la investigación para las ciencias sociales. México. Trillas. 1992. Cap. XIV.
82. Villadell F. Problemas éticos de la tecnología médica. *Bol of Sanit Panam*. 1990; 108 (5-6): 399-404.
83. Rojas R. Metodología para la Investigación en Ciencias Sociales. Trillas, México 1990.

84. Gorenk K. *Teoría cognitiva y Evaluación del Aprendizaje. Modelo 5. Teoría e instrumentación: validez y confiabilidad. Mecanograma. Fac. Med. UNAM.*
85. Kuthy J, De la Escorza G. *Panorama bioético en México. Bol of Sanit Panam. 1990; 108 (5-6): 556-564.*
86. Kirshner B, Guyatt G. *A Methodological Framework for assessing health indices. J Chron Dis. 1985; 38: 27-36.*
87. Frondizi R. *Valor y situación. Jerarquía de los valores. En: ¿Qué son los valores?. Introducción a la axiología. México: FCE, 1972: 213-233.*
88. Jones L. *The fundamentals of good medical care. Fragmento de la introducción a Lee RI. Chicago: The University of Chicago Press. 1993. Salud pub Mex 1990; 32 (2): 245-247.*
89. Drane F. *Métodos de ética clínica. Bol of Sanit Panam. 1990; 108 (5-6): 415-425.*
90. Piwonka M, Bustos D, Gaete Q, Urrutia B. *saber bien para hacer bien. Bol of Sanit Panam. 1990; 108 (5-6): 426-430.*
91. Lifshitz A. *El escenario. Gac Med Mex. 1994; 130: 321-322.*
92. Lifshitz A. *La atención médica en el año 2000. Rev Med IMSS. 1994; 32: 481-483.*
93. Lifshitz A. *La modernización de la clínica. Gac Med Mex. 1993; 129: 105-108.*
94. Lifshitz A. *El modelo moderno de atención a la salud y el proceso educativo. Rev Med IMSS. 1994; 32: 97-100.*
95. Chávez I. *Ética, deontología y responsabilidad del médico contemporáneo. Gac Med Mex 1970; 100 (7): 655-666.*
96. Mainetti J. *Bioética: una nueva filosofía de la salud. Bol of Sanit Panam. 1990; 108 (5-6): 599-601.*
97. Martínez C. *Los altos costos de la atención médica. Un enfoque humanista. Gac Med Mex 1993.*
98. Delbanco T. *Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. Ann Inter Med. 1992; 116: 414-418.*

ANEXO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

JEFATURA DE EDUCACION MEDICA

ANEXO 1

ENCUESTA PARA ESTUDIAR LA RELACION MEDICO PACIENTE

PILOTO

El presente cuestionario pretende explorar cómo es la relación médico - paciente, desde el punto de vista del derechohabiente y del médico en formación, con objeto de mejorar esta relación que es muy necesaria para la eficacia y el éxito de los tratamientos, por lo tanto es muy importante su cooperación al contestar con absoluta franqueza y libertad las siguientes preguntas. Sus respuestas serán consideradas confidenciales. Si Ud. lo desea puede escribir su nombre. De antemano le agradecemos en todo lo que vale su cooperación y estamos seguros que este esfuerzo contribuirá a hacer mejor la relación médico - paciente.

1. Describa Ud. ampliamente cómo espera que sea el trato que le den los médicos.
2. Cómo piensa Ud. que debería ser la relación entre el médico y el paciente.
3. Fuera tan amable en describir ampliamente en que forma espera que el médico le ayude a resolver su problema de salud.
4. Esperaría Ud. que el médico le diga toda la verdad en relación a su padecimiento.
5. Describa ampliamente como sería para Ud. la atención ideal de los médicos a los enfermos.
6. Tendría algún inconveniente que durante su hospitalización lo examinaran estudiantes de Medicina. Porqué.

**ANEXO 2
SEGUNDO CUESTIONARIO**

ESTRATEGIA PARA LA APLICACION DE LA ENCUESTA

El personal de Trabajo Social será el encargado de aplicar las encuestas.

CRITERIOS DE INCLUSION:

a) Enfermos hospitalizados.

RMP evaluable → mínimo dos días hospitalizado.

a) Posibilidad de evaluarlo nuevamente.

b) Con posibilidad de contestar la encuesta.

CRITERIOS DE INCLUSION:

a) No puede contestar (gravedad, intubado, coma, no participa).

PROCEDIMIENTO:

Las trabajadoras sociales aplicarán en el primer momento a los pacientes que reúnan el criterio de inclusión la encuesta de Ingreso que está redactada en tiempo presente. Acudirán a los distintos servicios del Hospital en horas de la mañana una vez que se haya pasado la visita médica. Se pretende encuestar a todos los pacientes del hospital que cumplan con los criterios de inclusión. Una vez aplicado el cuestionario se concentra en la oficina de Trabajo Social entregándosele a la Jefe o a quien esta designe para tal efecto.

Dos días después o antes de su egreso se hará una segunda aplicación que está redactada en tiempo pasado. Una vez reunidos todos los cuestionarios contestados se concentrarán en la oficina de la Jefatura de Enseñanza e Investigación para su procesamiento y análisis. Una vez obtenida la información se procederá a su interpretación y a la elaboración de las conclusiones finales por el equipo de trabajo; el Jefe de Enseñanza e Investigación, el personal de Trabajo Social y el Investigador responsable del proyecto.

REL-MED II. MARZO 1994.

1. **¿Si necesitara otra hospitalización volvería aquí?**
 - a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.

2. **¿Cuánto tiempo espera su cita?**
 - a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.

3. **Que el Dr. no le produzca dudas.**
 - a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.

4. **Que el Dr. este actualizado en sus conocimientos médicos.**
 - a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.

5. **Que el Dr. sepa cómo curarlo.**
 - a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.

6. **Que el Dr. sepa lo que debe hacer en su especialidad.**
 - a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.

7. **Que el Dr. lo mire a los ojos.**
 - a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.

8. **Que el Dr. lo escuche con atención.**
 - a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.

9. Que el Dr. le dedique el tiempo necesario.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante
 - e) Es lo menos importante.
10. Aproximadamente cuantos minutos dio por consulta.
- _____
11. Que el Dr. no tenga prisa.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
12. Que el Dr. no se distraiga mientras lo consulta.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
13. Que el Dr. le diga el nombre de su enfermedad.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante
 - e) Es lo menos importante.
14. Que el Dr. le explique su tratamiento.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
15. Que el Dr. le explique a sus familiares sobre su enfermedad.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
16. Que las instrucciones que le da el Dr. sean claras.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
17. Que el Dr. lo llame por su nombre.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.

18. Que el Dr. lo llame por su apellido.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
19. Que el Dr. le saludé al llegar.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
20. Que el Dr. le hable de tú.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
21. Que el Dr. no lo regañe.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
22. Que el Dr. no sea agresivo.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
23. Que el Dr. no lo trate con frialdad.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
24. Que el Dr. lo trate con calidez.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
25. Que el trato que le da el Dr. no sea impersonal.
- a) Es lo más importante.
 - b) Es importante.
 - c) No sé.
 - d) No es importante.
 - e) Es lo menos importante.
26. Prefiere que lo atienda
- a) Un doctor.
 - b) Una doctora.
 - c) Es indiferente.

27. Que la expresión del Dr. no sea de pocos amigos.
- a) Es lo más importante.
b) Es importante.
c) No sé.
d) No es importante.
e) Es lo menos importante.
28. Que el Dr. este bien arreglado.
- a) Es lo más importante.
b) Es importante.
c) No sé.
d) No es importante.
e) Es lo menos importante.
29. Que el Dr. no use términos difíciles de entender.
- a) Es lo más importante.
b) Es importante.
c) No sé.
d) No es importante.
e) Es lo menos importante.
30. Que el Dr. lo deje tranquilo.
- a) Es lo más importante.
b) Es importante.
c) No sé.
d) No es importante.
e) Es lo menos importante.
31. ¿El Dr. ha hecho todo lo que Ud. esperaba para mejorarlo?
- a) Siempre
b) Casi siempre
c) No sé
d) A veces
e) Nunca
32. ¿Las cosas que hace el Dr. son de utilidad para Ud.?
- a) Siempre
b) Casi siempre
c) No sé
d) A veces
e) Nunca
33. ¿Lo toman en cuenta?
- a) Siempre
b) Casi siempre
c) No sé
d) A veces
e) Nunca
34. ¿El Dr. le ayuda a sentirse lo mejor posible?
- a) Siempre
b) Casi siempre
c) No sé
d) A veces
e) Nunca
35. ¿El Dr. muestra interés genuino en Ud.?
- a) Siempre
b) Casi siempre
c) No sé
d) A veces
e) Nunca

ANEXO 3
PRIMER CUESTIONARIO
(ENCUESTA INICIAL)
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE EDUCACION MEDICA

ENCUESTA PARA ESTUDIAR LA RELACION MEDICO PACIENTE
REL-MED I

El presente cuestionario pretende explorar cómo es la relación médico - paciente, desde el punto de vista del derechohabiente y del médico en formación, con objeto de mejorar esta relación que es muy necesaria para la eficacia y el éxito de los tratamientos, por lo tanto es muy importante su cooperación al contestar con absoluta franqueza y libertad las siguientes preguntas. Sus respuestas serán consideradas confidenciales. Si Ud. lo desea puede escribir su nombre. De antemano le agradecemos en todo lo que vale su cooperación y estamos seguros que este esfuerzo contribuirá a hacer mejor la relación médico - paciente.

A continuación hay un listado de preguntas, para contestar elegirá Ud. una de las opciones que exprese mejor su criterio, para lo cual le suplicamos marcar con una x frente a la respuesta. Ejemplo:

¿Que el médico sea cortés?

- 1) Es lo más importante.
- 2) Es importante.
- 3) No sé.
- 4) Es lo menos importante.
- x 5) No es importante

INGRESO

Fecha de aplicación
Nombre
Escolaridad
Edad
Sexo
Estado civil
Diagnóstico Médico
Servicio

Iniciales del Aplicador

Usted espera del médico qué:

1. Lo salude cuando llega.
 - a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
2. Lo mire a los ojos.
 - a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
3. Lo llame por su nombre.
 - a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
4. Lo llame por su apellido.
 - a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
5. Se dirija a Ud. como Sr. Sra. o Srta.
 - a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
6. Se refieran a Ud. como el paciente de la camara número tal.
 - a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
7. Se refieran a Ud. por el nombre de su padecimiento.
 - a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
8. Lo salude de mano.
 - a) Nunca
 - b) Casi nunca

- c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
9. Se presente ante Ud. por su nombre.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
10. Lo escuche con atención.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
11. Le dedique el tiempo necesario.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
12. Aproximadamente cuantos minutos le dedique.
- _____
13. Lo trate con frialdad.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
14. Lo trate con amabilidad.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
15. Lo trate con calidez.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
16. Muestre interés por Ud.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre

17. Sea comprensivo.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

18. Le pregunte suficientemente.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

19. Sea cortés.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

20. Tenga prisa.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

21. Lo trate humanamente.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

22. El trato que le de sea impersonal.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

23. Que el trato que le dé lo deje satisfecho.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

24. Le inspire confianza.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

25. Le inspire temor.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

26. Este de buen humor.

- a) Nunca
- b) Casi nunca

27. Sea una persona sensible.
28. Este enojado.
29. Lo explore con cuidado.
30. Respete su pudor.
31. Lo palpe con brusquedad.
32. Le diga el nombre de su enfermedad.
33. Lo explique en que consiste su enfermedad.
34. Le explique su tratamiento.
35. No le explique nada.
- c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre

36. Lo explique a sus familiares sobre su enfermedad.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
37. Lo trate con respeto.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
38. Lo tutee.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
39. Sea simpático.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
40. Sea experimentado.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
41. Lo preocupe.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
42. Lo tranquilice.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
43. Prefiere que lo atendiera una Dra. o un Dr.
- a) Dr.
b) Dra.

44. Sea desatento.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
45. Sea un hurócrata.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
46. Se distraiga mientras lo consulta.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
47. La atención sea de calidad.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
48. Sea agradable.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
49. Sonría.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
50. La expresión sea de pocos amigos.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
51. Este bien arreglado.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
53. Le produzca dudas.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
54. Le de ánimo.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca

55. Lo haga enojar.
56. Lo regañe.
57. Bromeo con Ud.
58. Las instrucciones que le den sean claras.
59. Use términos que le cueste trabajo entender.
60. Sea afectuoso.
61. Sea agresivo.
62. Sea autoritario.
- c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre

63. Ud. recordaría el nombre de su médico.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
64. Sentiría Ud. gratitud hacia su médico.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
65. Sentiría Ud. rencor hacia su médico.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
66. Si necesitara otra hospitalización volvería aquí.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
67. Cuanto tiempo esperó su cita.
- _____
68. Cuanto tiempo espera habitualmente en la sala de espera.
- _____
69. Sea experimentado.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
70. La atención sea de calidad.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
71. Sea profesionalmente capaz.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
72. Este actualizado en sus conocimientos médicos.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
73. Sepa como curarlo.
- a) Nunca
b) Casi nunca

- c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
74. Sepa en que consiste su enfermedad.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
75. Este bien preparado profesionalmente.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
76. Sepa lo que debe en su especialidad.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
77. Lo traten con eficacia.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
78. El Dr. le recordaría el trato de sus padres.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
79. Cómo espera que lo traten. Descríbalo en pocas palabras.

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION.

ENCUESTA PILOTO 1 REL-MED. 1994. HOJA CODIGO.

- Sexo:** 1. Masculino
2. Femenino
- Estado Civil** 1. Soltero
2. Casado
3. Divorciado
4. Viudo
5. U. libre
6. Separado
- Diagnóstico:** 1. Agudo
2. Crónico
3. Sano
- Tratamiento:** 1. Quirúrgico
2. No quirúrgico

- Servicios:**
- 10 Alergia.
 - 11 Angio.
 - 12 Cirugía maxilo-facial.
 - 18 Cirugía General.
 - 18 Dermatología.
 - 19 Endocrinología.
 - 20 Gastro.
 - 25 Med. Interna.
 - 48 Med. del Edo. Crítico.
 - 26 Nefrología.
 - 28 Neurología.
 - 30 Enseñanza. Médicos residentes.
 - 42 Audiología.
 - 43 Neurocirugía.
 - 41 Urología.
 - 14 Cardiología.
 - 21 ONG.
 - 22 Hematología.
 - 74 Med. Nuclear.
 - 76 Rayos X.
 - 85 Anatomía Patológica.
 - 88 Anestesia.
 - 36 Reuma.
 - 34 Coloproctología.
 - 35 Psiquiatría.

- 43: 1 Dr.
2 Dra.
3 Ambos.
- 66: 1 Mucho más de un mes
2 Poco menos de 15 días.
3 Regular entre 16 y 29 días.
- 68: 1 Mucho más de 1 hora.
2 Poco menos de 30 minutos.
3 Regular entre 31 y 59 minutos.

- 79: **1** Primera aplicación del cuestionario.
 2 Segunda aplicación del cuestionario.

Dígito 6: **Respuesta no comprendida en las posibilidades de elección.**

REL-MED 13

AREAS POR DOMINIOS

AREA EFICACIA:

- | No. | PREGUNTA |
|-----|---|
| 1. | ¿Si necesitara otra hospitalización volvería aquí? |
| 2. | ¿El tiempo que esperó su cita? |
| 4. | ¿Que el Dr. este actualizado en sus conocimientos? |
| 5. | ¿Que el Dr. sepa cómo curarlo? |
| 6. | ¿Que el Dr. sepa lo que debe hacer en su especialidad? |
| 31. | ¿El Dr. ha hecho todo lo que ud. esperaba para mejorarlo? |
| 32. | ¿Las cosas que hace el Dr. son de utilidad para Ud.? |

AREA INTERES:

7. ¿Que el Dr. lo mire a los ojos mientras lo consulta?
8. ¿Que el Dr. lo escuche con atención?
9. ¿Que el Dr. le dedique el tiempo necesario?
10. ¿Aproximadamente cuantos minutos le dedica el Dr. por consulta?
11. ¿Que el Dr. no tenga prisa?
12. ¿Que el Dr. no se distraiga mientras lo consulta?
35. ¿Que el Dr. muestre un interés genuino en Ud.?

AREA EMPATIA:

19. ¿Que el Dr. le salude al llegar?
20. ¿Que el Dr. le hable de tu?
23. ¿Que el Dr. no lo trate con frialdad?
24. ¿Que el Dr. lo trate con calidez?
25. ¿Que el trato de él no sea impersonal?
26. ¿Prefiere que lo atienda Dr., Dra., es igual?
27. ¿Que la expresión del Dr. no sea de pocos amigos?

AREA RESPETO:

17. ¿Que el Dr. lo llame por su nombre?
18. ¿Que el Dr. lo llame por su apellido?
21. ¿Que el Dr. no lo regañe?
22. ¿Que el Dr. no sea agresivo?
28. ¿Que el Dr. este bien arreglado?

33. ¿Lo toman en cuenta?
34. ¿El Dr. le ayuda a sentirse lo mejor posible?

AREA COMUNICACION:

3. ¿Que el Dr. no le produzca dudas?
13. ¿Que el Dr. le diga el nombre de su enfermedad?
14. ¿Que el Dr. le explique su tratamiento?
15. ¿Que el Dr. le explique a sus familiares sobre su enfermedad?
16. ¿Que las instrucciones que le da el Dr. sean claras?
29. ¿Que el Dr. no use términos difíciles de entender?
30. ¿Que el Dr. lo deje tranquilo?

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

JEFATURA DE EDUCACION MEDICA

**ANEXO 4
SEGUNDO CUESTIONARIO
(ENCUESTA FINAL)
ENCUESTA PARA ESTUDIAR LA RELACION MEDICO PACIENTE**

EGRESO

El presente cuestionario pretende explorar cómo es la relación médico - paciente, desde el punto de vista del derechohabiente, con objeto de mejorar esta relación que es muy necesaria para la eficacia y el éxito de los tratamientos, por lo tanto es muy importante su cooperación al contestar con absoluta franqueza y libertad las siguientes preguntas. Si Ud. lo desea puede escribir su nombre. De antemano le agradecemos en todo lo que vale su cooperación y estamos seguros que este esfuerzo contribuirá a hacer mejor la relación médico - paciente. Al contestar tome Ud. en cuenta las cinco últimas veces que recibió atención médica.

A continuación hay un listado de preguntas, para contestar elegirá Ud. una de las opciones que a su criterio exprese mejor su criterio, para lo cual le suplicamos encerrarla en un círculo. Ejemplo:

El médico le pareció cortés.

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) A veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

1. El Dr. lo saludó cuando llegó.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
2. El Dr. lo miró a los ojos.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
3. El Dr. lo llamó por su nombre.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
4. El Dr. lo llamó por su apellido.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
5. El Dr. se refirió a Ud. como Sr., Sra. o Srita.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
6. El Dr. se refirió a Ud. como el paciente de la cama número tal.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
7. El Dr. se refirió a ud por el nombre de su padecimiento.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
8. El Dr. lo saludó de mano.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
9. El Dr. se presentó ante Ud. por su nombre.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
10. El Dr. lo escuchó con atención.
- a) Nunca
b) Casi nunca

11. El Dr. le dedicó el tiempo necesario:
- c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
12. Aproximadamente cuantos minutos le dedicó el Dr. _____
13. El Dr. lo trató con frialdad.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
14. El Dr. lo trató con amabilidad.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre

15. El Dr. lo trató con calidez.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
16. El Dr. mostró interés por Ud.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
17. El Dr. fue comprensivo.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
18. El Dr. le preguntó suficientemente.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
19. El Dr. fue cortés.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
20. El Dr. tenía prisa.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
21. El trato que le dio el Dr. fue humano.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
22. El trato que le dio el Dr. fue impersonal.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
23. El trato que le dio el Dr. lo dejó satisfecho.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
24. El Dr. le inspiró confianza.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca

25. El Dr. le inspiró temor.
26. El Dr. le pareció de buen humor.
27. El Dr. le pareció una persona sensible.
28. El Dr. le pareció enojado.
29. El Dr. lo exploró con cuidado.
30. El Dr. respetó su pudor.
31. El Dr. lo palpó con brusquedad.
32. El Dr. le dijo el nombre de su enfermedad.
33. El Dr. le explicó en que consiste su enfermedad.
- c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre

34. El Dr. le explicó su tratamiento.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
35. El Dr. no le explicó nada.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
36. El Dr. le explicó a sus familiares sobre su enfermedad.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
37. El Dr. lo trató con respeto.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
38. El Dr. lo tuteo.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
39. El Dr. le pareció simpático.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
40. El Dr. le pareció experimentado.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
41. El Dr. lo dejó preocupado.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
42. El Dr. lo dejó tranquilo.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
43. Prefirió que lo atendiera una Dra. o un Dr.
- a) Dr.
 - b) Dra.

44. El Dr. fue desatento.
45. Le pareció el Dr. un burócrata (en el mal sentido de la palabra)
46. El Dr. se distrajo mientras lo consultó
47. La atención que le dió el Dr. fue de calidad.
48. El Dr. le pareció agradable.
49. Sonrió el Dr.
50. La expresión del Dr. era de pocos amigos.
51. Estaba bien arreglado el Dr.
52. El Dr. le produjo dudas.
- c) Ambos
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre

53. El Dr. le dio ánimo.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
54. El Dr. lo hizo enojar.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
55. El Dr. lo regañó.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
56. El Dr. bromeó con Ud.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
57. Las instrucciones que le dio el Dr. fueron claras.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
58. El Dr. usó términos que le costó trabajo entender.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
59. El Dr. fue afectuoso.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
60. El Dr. fue agresivo.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
61. El Dr. fue autoritario.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces
d) Casi siempre
e) Siempre
62. Recuerda el nombre de su médico tratante.
- a) Nunca
b) Casi nunca
c) A veces

63. Sintió Ud. gratitud hacia su médico tratante.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
64. Sintió Ud. rencor hacia su médico tratante.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
65. Si necesitara otra hospitalización volvería aquí.
- a) Nunca
 - b) Casi nunca
 - c) A veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
66. Puede escribirnos en pocas palabras como fue el trato que le dió el Dr.

68. Cómo quiere que lo traten. Describalo en forma amplia.

69. Qué sugerencias tiene Ud. para mejorar la relación del médico con el paciente.

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION