



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"GUSTAVO A. MADERO"

**MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE UTILIZADOS
EN LA CLÍNICA DE MÉDICINA FAMILIAR
GUSTAVO A. MADERO DEL ISSSTE**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO
DE MÉDICO FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. NADIA ESPEJEL TREJO

Facultad de Medicina



Registro: 218.2007

JULIO DE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A GUSTAVO Y ANYAED

*A EL SOL QUE ILUMINA MIS DIAS
YA LA LUNA QUE ILUMINA MIS NOCHES*

AGRADECIMIENTOS

A Gustavo y Anyaed, por permitirme tomar parte de su tiempo para la realización de este proyecto, por el amor y el apoyo.

A mis padres Mely y Armando, por alentarme a seguir siempre adelante, por encontrarse siempre dispuestos a escuchar, comprender y amar.

A mi hermano Armando, en quien he encontrado un amigo incondicional.

A Gustavo Solache I. a Criss, Angélica, Andrés, Branco, Susana y Julio, por permitirme formar parte de su familia y por la ayuda brindada.

A los familiares, que de una u otra manera me han ayudado.

A mis compañeros y amigos, Ange, Bere y Dano, por recorrer conmigo esta parte del camino, por las palabras de apoyo, por su amistad incondicional, por las risas, por los silencios, por que juntos hemos pasado momentos difíciles y momentos agradables, por su amistad y cariño.

A la Dra. Laura E Sánchez Escobar, por compartir sus ideas y enseñanzas, por permitirme formar parte de la Medicina Familiar, que tantas alegrías ha traído a mi vida, por ser una gran guía, maestra y un ejemplo a seguir.

A la Dra. Silvia Munguía, por su comprensión, por su apoyo, por que con una sonrisa o una palabra basta para saber que se puede contar con usted.

Al Dr. Luis Beltrán, por la ayuda desinteresada, por formar parte de mi enseñanza y por ser alguien en quien se puede confiar.

A la Dra. Blanca Valadez, por los consejos otorgados, por la ayuda, por el apoyo.

A los médicos de la clínica, que me permitieron conocerlos y aprender de ellos.

Al personal de la Clínica, que me brindaron su apoyo y su ayuda cuando lo necesite.

A los pacientes, de la Clínica, por permitirme aprender a través de ellos, por su comprensión y su ayuda.

A Dios que me ha dado la fuerza para seguir adelante, y que siempre me ha permitido estar en el tiempo y momento preciso.

Y a ti que estas leyendo estas líneas, por permitirme formar parte aunque sea un instante de tu vida, gracias por estar.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A LA DRA. SILVIA LANDGRAVE

La mayoría de las veces, es difícil comenzar,
Cuando se inicia un proyecto, en el proceso de maduración
de las ideas, se va topando uno con pequeños obstáculos
que en ocasiones son difíciles de sortear solo.
En este proceso me encontraba, cuando usted me brindo la
mano y me ayudo a salir adelante,
Recorrió junto conmigo el inicio de este trabajo, por lo cual
le estoy agradecida, ya que sin su apoyo y comprensión me
hubiese sido difícil seguir adelante.

Gracias Doctora por ser como es,
Por las palabras de aliento, por el abrazo otorgado en el
momento indicado. Por que con nada podre agradecerle
toda la ayuda que me brindo.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A LA DRA. ALICIA HAMUI SUTTON

A lo largo del camino algunas veces se encuentra uno con
personas especiales,

Que de una u otra manera, están dispuestas a ayudar

A guiar los pasos, de las personas que vienen detrás,

Usted es de esas personas en quien se puede confiar

Quien en un momento determinado

Me ayudo a seguir adelante y no mirar hacia atrás.

Por eso y muchas otras cosas que me sería difícil enumerar,

es que le agradezco infinitamente, el que haya confiado en

mí, y me haya permitido trabajar a su lado.

Gracias, por mostrarme las bondades de la investigación,

Por la paciencia, por las enseñanzas, por la ayuda

Y el apoyo que me ha brindado a lo largo de la realización

de este trabajo.

Que el día de hoy hemos visto culminado.

MODELOS DE RELACION MEDICO-PACIENTE UTILIZADOS EN LA CLÍNICA DE MEDICINA
FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO DEL ISSSTE

Dra. Nadia Espejel Trejo*

RESUMEN

La relación médico-paciente, se ha considerado como uno de los pilares esenciales del ejercicio médico. Dentro de esta relación, el médico interactúa no sólo con el paciente si no también con su familia. Esta interacción, es un proceso de comunicación entre personas, por lo que para cada médico y para cada paciente puede representar un significado distinto, ya que la relación se ve influida por la percepción y la experiencia de cada uno de los participantes.

OBJETIVO GENERAL: Identificar las características de la relación médico-paciente más frecuentemente utilizadas en la clínica de medicina familiar GAM del ISSSTE a partir de los modelos propuestos por Ezekiel y Linda Emanuel en 1992.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo, cualitativo, transversal. Se encuestó a 150 pacientes y 14 médicos, adscritos a un consultorio médico de la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE, durante el período de Agosto a Octubre de 2007, fue una muestra no aleatoria, representativa de la unidad médica, no significativa estadísticamente.

RESULTADOS: la relación médico-paciente, tiene dos vertientes: la perspectiva del médico y la perspectiva del paciente; el médico se ve así mismo como un prestador de servicios y el paciente sigue esperando de su médico una atención personalizada, con bases paternalistas y con una búsqueda de la confianza como parte importante de la relación que lleva con su médico.

CONCLUSIONES: hoy en día es necesario que los pacientes tomen conciencia de los riesgos a los que están expuestos en relación con su salud y se hagan responsables de la misma, sin dejar la toma de decisiones en manos únicamente del médico. El ideal sería formar alianzas, que les permita implementar una búsqueda adecuada para mejorar no solo su enfermedad sino también preservar su salud. Por lo tanto, el objetivo del médico, se debiera centrar en utilizar los puntos fuertes de los cuatro modelos, como la autonomía de los pacientes, llegar a acuerdos con el paciente lo cual permite una toma de decisiones compartida, basándose en la empatía y la confianza, lo cual ayudara al médico a proporcionar una mejor atención a los pacientes y sus familias.

PALABRAS CLAVE: Relación médico-paciente. Características de la relación. Modelos de relación médico-paciente.

MODELOS DE RELACION MEDICO-PACIENTE UTILIZADOS EN LA CLÍNICA DE MEDICINA
FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO DEL ISSSTE

Dra. Nadia Espejel Trejo*

ABSTRACT

The doctor-patient relationship has been regarded as one of the essential pillars of medical practice. Within this relationship, the doctor interacts not only with the patient but also with his family. This interaction is a process of communication between people, so that for each doctor for each patient and may represent a different meaning, as the relationship is influenced by the perception and experience of each participant.

GENERAL OBJECTIVE: To identify characteristics of the physician-patient relationship more frequently used in the clinical family medicine GAM of ISSSTE from the models proposed by Ezekiel Emanuel and Linda in 1992.

MATERIALS AND METHODS: A descriptive study, qualitative cross. We surveyed 150 patients and 14 doctors assigned to a doctor of family medicine clinic Gustavo A. Madero of the ISSSTE, during the period of August to October 2007, was a non-random sample, representative of the medical unit, not statistically significant.

RESULTS: The patient-doctor relationship is twofold: the perspective of the physician and patient perspective, the doctor sees himself as a service provider and the patient is still waiting for his medical care personalized based paternalistic and a search of confidence as an important part of the relationship that leads to your doctor.

CONCLUSIONS: Nowadays it is necessary for patients aware of the risks to which they are exposed in relation to their health and to assume responsibility for the same, while making decisions exclusively in the hands of the doctor. The ideal would be to form alliances, which allow them to implement an appropriate search to improve not only their illness but also preserve their health. Therefore, the objective of the physician, it should focus on using the strengths of the four models, such as the autonomy of patients reach agreements with the patient which allows for shared decision-making, based on empathy and confidence, which will help physicians provide better care for patients and their families.

KEYWORDS: Doctor-patient relationship. Characteristics of the relationship. Models of physician-patient relationship.

INDICE

	TEMA	PAG
1.	Marco teórico	1
1.1	Antecedentes	1
1.2	Elementos de la relación médico-paciente	5
1.2.1	Comunicación	5
1.2.2	Empatía	8
1.2.3	Confianza	9
1.2.4	Autonomía	11
1.3	Modelos de relación médico-paciente	12
1.4	Planteamiento del problema	18
1.5	Justificación	19
1.6	Objetivos: general y específicos	20
1.6.1	Objetivo General	20
1.6.2	Objetivos Específicos	20
1.7	Hipótesis	20
2.	Material y métodos	21
2.1	Tipo de estudio	21
2.2	Diseño de la investigación	21
2.3	Población lugar y tiempo	21
2.4	Muestra	21
2.5	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	22
2.5.1	Criterios de inclusión	22
2.5.1.1	Para médicos	22
2.5.1.2	Para pacientes	22
2.5.2	Criterios de exclusión	22
2.5.2.1	Para médicos	22
2.5.2.2	Para pacientes	22
2.5.3	Criterios de eliminación	22
2.6	Variables (tipo y escala de medición)	23
2.6.1	Cuestionario médicos	23
2.6.2	Cuestionario pacientes	23
2.7	Definición conceptual y operativa de las variables	23
2.7.1	Cuestionario médicos	23
2.7.2	Cuestionario pacientes	23
2.8	Diseño estadístico	23
2.9	Instrumentos de recolección de datos	24
2.10	Método de recolección de datos	24
2.11	Maniobras para evitar y controlar sesgos	24
2.11.1	Sesgo de información	24
2.11.2	Sesgo de selección	24
2.12	Prueba piloto	25
2.13	Procedimientos estadísticos	25
2.14	Cronograma	25
2.	15 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	25
2.16	Consideraciones éticas	25
2.16.1	Declaración de Helsinki	25
2.16.2	Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud	27
2.16.2.1	Título primero. Disposiciones generales. Capítulo único. Artículo 3º	27
2.16.2.2	Título segundo. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Capítulo I. Disposiciones comunes	28

3.	Resultados	32
3.1	Resultados médicos	32
3.1.1	Género de los médicos	32
3.1.2	Grado académico	33
3.1.3	Tiempo en el empleo	33
3.1.4	Rol del médico	34
3.1.5	Autonomía de los pacientes	35
3.1.6	Dirección de la consulta	36
3.1.7	Empatía	37
3.1.8	Acuerdos	38
3.1.9	Toma de decisiones sobre el tratamiento	39
3.1.10	Influencia de la relación médico-paciente sobre la evolución clínica de los pacientes	40
3.2	Resultados pacientes	41
3.2.1	Edad de los pacientes	41
3.2.2	Género de los pacientes	41
3.2.3	Estado civil	42
3.2.4	Escolaridad	42
3.2.5	Ocupación	43
3.2.6	Tiempo de conocer al médico	43
3.2.7	Motivo de consulta	44
3.2.8	Rol del médico	45
3.2.9	Autonomía de los pacientes	46
3.2.10	Dirección de la consulta	47
3.2.11	Empatía	48
3.2.12	Acuerdos	49
3.2.13	Toma de decisiones sobre el tratamiento	50
3.2.14	Influencia de la relación que el paciente lleva con su médico sobre su estado de salud	51
3.3	Características que deben o deberían estar presentes en la relación médico-paciente	52
3.4	Análisis de resultados	53
3.4.1	Edad del paciente y su relación con el rol del médico	53
3.4.2	Género de los pacientes y rol del médico	54
3.4.3	Género y rol del médico	54
3.4.4	Rol del médico: percepción de pacientes y médicos	55
3.4.5	Autonomía: percepción de los médicos y los pacientes	56
3.4.6	Dirección de la consulta: percepción del médico y los pacientes	57
3.4.7	Percepción del médico y los pacientes en relación con la presencia de empatía	58
3.4.8	Acuerdos al final de la consulta: percepción del médico y los pacientes	59
3.4.9	Toma de decisiones: percepción del médico y los pacientes	60
3.4.10	Influencia de la relación médico-paciente sobre la evolución clínica de los pacientes: percepción de los médicos y percepción de los pacientes:	61
3.4.11	Tiempo de conocer al médico y la influencia de la relación médico-paciente sobre la evolución clínica de los pacientes	62
3.4.12	Características que deben o deberían estar presentes en la relación médico-paciente	63
3.4.13	Características de la relación médico-paciente: percepción de los médicos	63
3.4.14	Características de la relación médico-paciente: percepción de médicos y pacientes, según los modelos de relación.	65
4.	Discusión	66
4.1	Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la Medicina Familiar.	68
5.	Conclusiones	70

6.	Referencias	73
7.	Anexos	76
	Variables (tipo y escala de medición)	76
Anexo 1	Cuestionario de los médicos	76
Anexo 2	Cuestionario de los pacientes	78
	Definición conceptual y operativa de las variables	81
Anexo 3	Cuestionario médicos	81
Anexo 4	Cuestionario pacientes	84
Anexo 5	Cuestionario Aplicado a los Médicos	88
Anexo 6	Cuestionario Aplicado a los Pacientes	90
Anexo 7	Consentimiento de participación voluntaria	93
Anexo8	Cronograma	94

MODELOS DE RELACION MEDICO-PACIENTE UTILIZADOS EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO DEL ISSSTE

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES

El desarrollo de las diferentes habilidades clínicas como la entrevista, la relación médico-paciente y la comunicación, forman parte del ejercicio profesional de los médicos y otros profesionales de la salud.¹ Para que estas habilidades se desarrollen de manera efectiva; se requiere de un comportamiento profesional apropiado que forma parte de la atención médica y se considera un requisito para obtener la confianza de los pacientes y la sociedad. Esto guarda relación con una orientación profesional virtuosa, sostenida en ciertos valores y actitudes; la virtud es la disposición para actuar bien y los valores son las cualidades y consecuencias a las que se otorga importancia o significado, utilidad o mérito; las actitudes incluyen la orientación continuada del individuo frente al mundo, relacionados con las creencias y reacciones emocionales o afectivas que condicionan el comportamiento, predisponiendo al individuo a actuar siguiendo un patrón de conducta determinado. Bajo estos conceptos se han definido características acerca del comportamiento profesional de los médicos, como la tolerancia que se define como la capacidad para ver los comportamientos de las personas con el sentido que tienen en su propio contexto, cultura y marco de referencia individual; el altruismo donde las acciones del médico se orientan para satisfacer los intereses y necesidades del paciente, el cual se basa en la empatía; el sentido del deber que es la aceptación de un compromiso con la atención de las personas; la responsabilidad supone el cumplimiento de un contrato entre el médico y el paciente, una relación médico-paciente que demanda la sociedad y la profesión; la excelencia es un compromiso que supera las expectativas habituales mediante el aprendizaje activo a lo largo de la carrera profesional; y por último el honor e integridad que suponen aceptar los estándares adecuados de comportamiento y la negativa a violar los códigos morales profesionales y personales².

La entrevista es el medio por el cual se establece la relación y comunicación con el paciente y estas, a su vez, influyen en la calidad de la primera¹. La Real Academia Española, define a la entrevista como: el encuentro concentrado entre varias personas para tratar un asunto³. La entrevista médica por sí sola es capaz de producir los datos necesarios para el diagnóstico y es el principal medio para transmitir información al paciente, por medio de una comunicación clara, sencilla y de respeto mutuo, que permite a su vez establecer una alianza entre el médico y el paciente^{1,3}. Mediante esta relación, el médico debe realizar la entrevista clínica, dirigida no solo al daño o problema de salud que afecta al paciente, sino también a la exploración de factores de riesgo de acuerdo con la edad, el género y su entorno familiar,

llevar a cabo un examen físico integral con enfoque preventivo, realizar un diagnóstico oportuno, tomar decisiones sobre la conducta a seguir o ejecución de acciones terapéuticas, prescripción de medicamentos, registro de los datos obtenidos y comunicar al paciente la información necesaria para mejorar su salud⁴.

El vínculo que se establece entre el médico y el paciente, es una relación compleja entre dos seres humanos, que dependen mutuamente del conocimiento del otro, en la que se involucran la ciencia, la ética y el humanismo, que tiene su origen en el quehacer clínico que hace de esta relación el núcleo fundamental de la medicina.⁵ La relación médico-paciente se lleva a cabo durante largos períodos de tiempo, a través de múltiples episodios de salud-enfermedad, a lo largo de la vida del paciente, de su deseo de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico.⁶

Esta relación ha existido desde los albores de la historia y ha ido variando de acuerdo con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos la conciencia del hombre; desde la mentalidad mágica dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales⁷.

Hipócrates resumió hace más de 2000 años las características del médico en esta interrelación, cuando consideró que el médico debía reunir cuatro cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad. Estas condiciones quedan reflejadas en los parámetros establecidos por Pedro Lain Estralgo:

1. Saber ponerse en el lugar del otro.
2. Sentir como él o ella.
3. Disponerse a ayudarlo cuando enfrenta dificultades.

De acuerdo con estos conceptos, la relación médico-paciente se puede definir como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional.⁷ Difícilmente esta relación humanitaria puede estar presente si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, psicológica, manual, profunda, solidaria y profesional. Jamás pudiera ser una relación interpersonal a través de aparatos, porque tiene que desarrollarse en un contexto humano.⁷ Estas entrevistas o consultas, se producen en un contexto político, legal y cultural que enmarca el encuentro de dos culturas, la cultura del paciente y la del médico, los que generalmente han tenido experiencias, conocimientos, culturas y valores no siempre iguales.⁸

Los humanos nacen en contextos sociales en los que impera cierto orden, creencias y un conjunto de conocimientos que se comparten con sus semejantes; los orígenes culturales de cada persona, el mundo en el que transcurre su existencia, el género y la generación de la cual forman parte se combinan produciendo diversos estilos de vida, de sentirse sanos y de enfermar de cada persona; en cada uno de

estos contextos se encuentran visiones del mundo que organizan la experiencia no solo del paciente, sino también de los médicos. Cuando un médico atiende a un paciente, lo desee o no, lo reconozca o no, se establece entre ellos un vínculo importante que afecta el curso del padecer de ese paciente y en cierta medida también la vida del médico⁹.

Durante la consulta diaria el médico desarrolla ciertas tareas que le permiten ejercer su quehacer profesional, dentro de esta se pueden identificar diferentes fases en la consulta médica, cada una de las cuales posee características propias.

En la primera fase o de socialización es importante crear un clima adecuado que favorezca la manera en que se establecen las pautas de comunicación.

Durante la segunda fase tiene lugar el interrogatorio, donde el paciente expresa sus necesidades, por lo que el médico lo escucha y traduce la información a términos clínicos, poniendo en juego sus conocimientos y destrezas para ayudar al paciente a resolver su problema de salud.

La tercera fase corresponde a la exploración clínica, en ella existe un contacto físico, por lo que el uso de la comunicación verbal y no verbal es importante, en esta fase se debe recurrir al consentimiento previo del paciente al realizar la exploración física.

En la cuarta fase, el médico pone en juego sus conocimientos y destrezas clínicas, incluyendo su capacidad intuitiva para realizar un buen diagnóstico, comunicando al paciente los posibles diagnósticos mediante un lenguaje claro y comprensible para el paciente, tomando en cuenta su estado anímico, así como sus valores y creencias.

En la quinta fase el médico estudia junto con el paciente las opciones para su tratamiento hasta elegir la que ambos consideren adecuada. Este es un momento sumamente complejo y cuyos efectos son de trascendencia para la futura condición del paciente, se dice que el médico debe acompañar al paciente durante el proceso terapéutico, el que algunas veces suele requerir mucho más que el uso de medicamentos e intervenciones técnicas.

En la sexta fase se concluye la consulta y permite plantear la solución del problema del paciente y las perspectivas de la relación entre el médico y el paciente. La relación futura puede tener una duración tan larga como el resto de la vida del paciente o la del médico⁹

Pedro Laín Estralgo^{34, 35} menciona que la relación médico-paciente, es una relación mutua que abarca diferentes aspectos o momentos: el fundamento de la relación, el momento cognoscitivo (diagnóstico), el momento operativo (tratamiento), el momento afectivo (amistad-transferencia) y el momento ético-religioso (costumbres y creencias).

1) El fundamento de la relación médico-paciente, es el vínculo inicial que se establece entre el médico y el paciente, determinado por los motivos y circunstancias en que se da el encuentro.

- 2) El momento cognoscitivo de la relación médico-paciente, representa el proceso de establecer un diagnóstico, posterior a la realización de una adecuada semiología. El diagnóstico es el resultado de la conjunción entre la mente del médico y la realidad del paciente.
- 3) El momento operativo de la relación médico-paciente, comprende los actos propios del tratamiento, es decir donde se indican al paciente las medidas higiénicas, dietéticas, medicamentos, etc.
- 4) Momento afectivo de la relación médico-paciente, es una fase simultánea a todas las fases descritas; se inicia con la vinculación inicial y prácticamente no termina nunca, ya que aunque el paciente sea dado de alta, perduran tanto en el médico como en el paciente, lazos, sentimentales buenos o malos, estrechos o laxos. Esta relación afectiva, llamada por los griegos “philia” –amistad- y “transferencia” por algunos psicoanalistas, provoca en ambos participantes una serie de procesos y al mismo tiempo secuelas, que pueden modificar el curso de la relación.
- 5) Momento moral y ético-religioso se presenta también de manera simultánea con las demás ya que los actos humanos son morales y la libertad del hombre lleva en su estructura un “para que”, estos valores morales o éticos, involucran no solo al paciente si no también al médico, lo cual también puede modificar la manera de llevar a cabo la relación médico-paciente.³⁴

La transformación en la función que el paciente ha desempeñado, es un papel importante en las nuevas bases de la relación médico-paciente. En general, se puede decir que el enfermo cambió de un ser pasivo que escuchaba atentamente y acataba las indicaciones del médico, a un ser que opina y desea tomar parte en las decisiones que afectan su estilo de vida.¹⁰

La relación médico-paciente, ha sido la base de la práctica clínica, se sustenta en una serie de principios y valores que comparten ambos participantes, como la confidencialidad, veracidad, fidelidad y la privacidad; así como en la habilidad del médico para comunicarse con el paciente y generarle confianza.¹¹

Albert Balaguer³⁴, citado por Fernando Arroyo, describe ciertas características que debieran estar presentes en la relación médico-paciente:

- a) Respeto al ser humano enfermo, es decir, respeto a su intimidad, su derecho a la información, a la confidencialidad, a la no discriminación y a su participación en la decisión médica.
- b) Consideración y estima, tanto el diagnóstico como el tratamiento exigen una adecuada comunicación, para esto es necesario ganarse la confianza del paciente. La consideración y estima dentro de la relación médico-paciente deben permitir una actitud objetiva, ya que un exceso de afectividad y emotividad podrían ser perjudiciales para ambos participantes.
- c) Profesionalidad, dentro de la medicina, no basta con la buena voluntad, es precisa la competencia; para esto se requiere de actualización continua, calidad, excelencia en el trabajo, capacidad de autocrítica y conocimiento de las propias limitaciones, para poder plantear el momento conveniente de

transferir a un paciente a otro especialista, poniendo por encima de las consideraciones personales del médico, el bien del paciente (beneficencia).

d) Respeto a la autonomía del paciente, el paciente debe ser participe en la toma de decisiones, esto crea y aumenta la confianza, la cual forma parte de una buena relación médico-paciente³⁴.

En general se puede decir que estas características son: respeto, derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía (participación en la decisión médica), empatía (consideración y estima), profesionalidad, confianza³⁴.

1.2 ELEMENTOS DE LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE

1.2.1 COMUNICACIÓN

Uno de los aspectos más estudiados de la relación médico-paciente es la comunicación; la comunicación es un acto fundamental en la vida cotidiana de los seres humanos, es un aspecto dinámico en el que se expresan ideas, sentimientos, opiniones y se da una interpretación individual de los momentos de la vida. La entrevista clínica, representa un proceso de comunicación, que se lleva a cabo con el propósito de intercambiar información³. La comunicación con el paciente, durante la consulta, se desarrolla dentro de niveles de representación consciente e inconsciente, el paciente comunica su realidad conocida a través del medio de expresión verbal y de este modo el médico recibe la información que es posible de objetivación; el reconocimiento de esta, dada conscientemente por el paciente, se ve facilitado por las formas de expresión no-verbal, inconscientes, del cuerpo¹².

El médico debe aprender a leer las emociones de los pacientes en sus expresiones faciales, los movimientos del cuerpo y el tono de voz, usando los mismos canales no-verbales para comunicarse con ellos; todo movimiento de cualquier parte del cuerpo puede contener un mensaje para el médico atento y observador¹², esto cobra importancia al momento de realizar el interrogatorio y la exploración física.

La dimensión afectiva, del papel del médico presente en todas las fases de la consulta, puede también estar contenida en signos específicos de la cara, el cuerpo y el tono de voz. La ejecución de ciertos gestos puede permitir que el médico sea percibido por el paciente con una actitud de interés o desinterés, empática o no empática. Ciertos comportamientos no verbales, tales como sonreír, asentir con leves movimientos de cabeza, gestos con las manos, contacto visual y una ligera inclinación del cuerpo hacia delante, refuerzan las percepciones de agrado y calor afectivo que el paciente tiene en relación a su médico¹². El médico debe saber oír y ser un oyente objetivo evitando expresiones no verbales, a veces inconscientes, de sorpresa o desesperación. El contacto visual es muy importante; una de las características de los buenos oyentes es que miran constantemente a su interlocutor¹².

En una buena relación médico-paciente debe haber una confianza mutua, el médico sabe que su paciente cree aquello que él le dice y va a intentar seguir sus consejos, como contrapartida el paciente tiene fe en su médico y siente que sus problemas y emociones son comprendidos. Para establecer tal confianza es esencial el comportamiento del médico en la primera consulta; en la fase inicial de la misma, con el intercambio de saludos, debe realizarse un esfuerzo para poner al paciente cómodo, demostrándole respeto como persona. Durante la consulta debe incentivarse la comunicación abierta, creando un clima de empatía, seguridad y calor afectivo.¹²

García-Shelton³, hace referencia a tres niveles, en los que se lleva a cabo la comunicación: el nivel verbal, el paraverbal y el no verbal.

Comunicación verbal: son los mensajes transmitidos por medio de palabras y que se utilizan para describir sentimientos o conductas, encontrando cuatro tipos de respuestas verbales, conocidas como técnicas de escucha activa: exploratorias, clarificadoras, afectivas y de calificación clara. Las respuestas exploratorias son abiertas, permiten a los pacientes continuar hablando y dirigir la conversación; las clarificadoras son una paráfrasis de lo que ha dicho el paciente, que permite al médico asegurar que el mensaje enviado ha sido recibido correctamente y a su vez le da oportunidad de corregir o modificar una interpretación; las respuestas afectivas favorecen la autocomprensión de los pacientes, al preguntarle sobre sentimientos, actitudes y valores; en las respuestas de calificación clara, se habla directo y claro sin conceder o contribuir a una mala interpretación de los temas contenidos.

Comunicación Paraverbal: conjunto de mensajes no verbales que son transmitidos por medio del habla; por ejemplo, el tono de voz utilizado, el hacer énfasis en una o varias palabras de una misma frase con el fin de cambiar el significado de las mismas.

Comunicación No verbal: corresponde al lenguaje del cuerpo, que incluye la expresión facial, la postura del paciente y del médico, los movimientos del cuerpo y el uso de contacto físico, que permite establecer una relación de cordialidad, seguridad y respeto hacia el paciente permitiendo la participación activa de este, al mismo tiempo que puede contradecir la comunicación verbal, matizándola, regulándola y/o reforzándola.³

Dentro de las bases del proceso de comunicación verbal es importante resaltar los fenómenos psicológicos dentro de la relación médico-paciente, como son¹³:

Las transferencias las cuales son reacciones emocionales del paciente hacia su médico (sentimientos negativos o positivos); la contra-transferencia que son reacciones emocionales del médico hacia el paciente, así como los sentimientos muchas veces de frustración por no poder resolver su problema de salud, y las conductas que a veces se tornan rudas con intención evidente de acortar el encuentro, cuando el médico desconoce como manejar estas respuestas, se afecta en gran medida su relación con los pacientes; la empatía, la cual se refiere más adelante; el rapport que incluye el estado de mutua

confianza y respeto entre el médico y el paciente y por último la resistencia que son las reacciones que se producen en contra de la relación ya sea por parte del médico o del paciente¹³.

Martínez Cortés¹³, citado por Virginia Gómez Padrón, en su revisión sobre la comunicación humana en la relación médico paciente, define a la comunicación, como una de las potencialidades de la persona, “es un salirme de mí para comprender al otro, para consentirlo, ayudarlo o por lo menos acompañarlo” lo cual se relaciona con la empatía. El mismo autor refiere, que lo primero que debe hacer el médico es escuchar al paciente, lo cual le permite conocerlo como persona, al mismo tiempo el paciente que se encuentre con un médico que lo escucha con atención y afecto, origina una relación de confianza y cooperación. Por lo tanto, la comunicación verbal es el lazo de unión más importante en la relación médico-paciente¹³.

La comunicación no-verbal, supone la captación de señales sutiles que complementan e ilustran aspectos de la interacción verbal y a menudo proporciona mensajes y expresa sentimientos que no están sujetos al análisis directo consciente de quienes interactúan. Dentro de la comunicación no verbal, se describen dos niveles: la sensibilidad del propio paciente, que le permite captar señales no verbales emitidas por las personas que le rodean, incluyendo las de los profesionales de la salud, y la expresividad no verbal de los pacientes, que pueden ser de utilidad para el médico¹³.

Dentro de la sensibilidad, se puede decir que la enfermedad crea en el paciente un estado de ansiedad que se acompaña de incertidumbre, lo cual lleva al paciente a buscar en el médico señales que le indiquen la situación real de su salud y que le proporcione pistas de cómo se debe sentir en esa situación; en función a ello el paciente se crea expectativas acerca de la gravedad de su propia enfermedad, del interés que el médico tiene por él, etc., los pacientes observan las acciones no verbales de quienes los atienden y deciden si son apreciados, respetados o si se espera que mejoren, o si resultan repugnantes, desvalorizados o intratables, lo cual, se relaciona con el cumplimiento o no de las expectativas creadas. Las emociones se expresan generalmente por vía no verbal; la manifestación no verbal de tales emociones, se debe probablemente a la dificultad que tiene el paciente para expresar de forma verbal sentimientos relacionados con ciertos temas que le resultan vergonzosos y/o el enfrentarse a situaciones suscitadas por la enfermedad¹³.

Otros autores han mencionado que la comunicación interpersonal o transmisión de información entre dos personas, supone un proceso de interacción circular que incluye: la expresión de un fenómeno por parte de uno y la observación de que tal acción expresiva la cual ha sido percibida o interpretada y convertida en mensaje por parte del otro.

En toda comunicación se observa un aspecto de contenido y un aspecto relacional o indicaciones sobre cómo debe ser la relación en el proceso comunicativo; y la forma de transmitir la información: en por medio de la forma verbal y no verbal. Como ya se ha mencionado, la comunicación verbal, es aquella que utiliza la palabra, oral o escrita, como vehículo del intercambio de información entre dos personas.

Es producto de un contexto que abarca otros sistemas de comunicación y que da sentido a los signos verbales que se inscriben en él. La denotación verbal-digital facilita el almacenamiento y la disposición de la información que influye en el pensamiento y es esencial para la planificación y la comunicación no verbal, es la encargada de transmitir las instrucciones metacomunicativas del paciente sobre sus emociones, sus preocupaciones, su estado de salud y sus actitudes en general; es decir, aquella que trasciende la palabra oral o escrita; incluye, además de las características generales del sujeto (peso, talla, aspecto físico, etc.), los aspectos kinésicos o de motricidad general, posturas, marcha, gestos, expresiones faciales, y el contacto visual; los aspectos paralingüísticos o vocales no lingüísticos del mensaje, como tono y calidad de la voz, acento, rima, pausas y vocalizaciones, sonidos como la risa, el carraspeo o el gruñido, y los aspectos proxémicos o de utilización del espacio personal y social, distancia interpersonal, forma de sentarse o de disponer una habitación.¹⁴

De la misma manera se han descrito modelos de comunicación, los cuales permiten un mejor entendimiento del proceso de comunicación entre médico y paciente; Hernández Torres I. y colaboradores¹⁵ describen cuatro modelos de comunicación:

Modelo de las tres funciones del médico. Consiste en recolectar información, dar respuesta a las emociones del paciente y educar e influenciar la conducta del paciente para su mejor manejo.

Modelo clínico centrado en el paciente. El médico debe entender y responder a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación existente entre la vida del paciente y el sufrimiento; implica que el trato de persona a persona se basa en la confianza y el compromiso bilateral.

Modelo de abordaje sistémico para el cuidado del paciente. Considera a la familia como una parte importante que puede influir sobre la salud y la enfermedad, convirtiendo a la atención médica en un triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia.

Modelo de autoconocimiento del médico. El médico obtiene de sus propios sentimientos el medio para estar más acorde con la experiencia del paciente.

De acuerdo con estos modelos de comunicación, sobresale el hecho de que la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente influye sobre los resultados de la entrevista médica de manera positiva o negativa.¹⁵

1.2.2 EMPATIA

La empatía se define como la habilidad del médico para recibir y decodificar la comunicación afectiva de los pacientes, lo que le permite entender los sentimientos del paciente.¹³ La empatía, supone una sintonía con las vivencias del paciente, la capacidad para ponerse en su lugar, para adoptar sus puntos de referencia y comprender objetivamente sus sentimientos y sus conductas; se caracteriza por ser un proceso activo, que tiene como finalidad conocer la situación de una persona a través de traducir sus palabras y gestos a un significado de experiencia equiparable. Cuando un médico empatiza con el

paciente, aumenta su confianza y esperanza en el médico, mejorando así la relación médico-paciente. El médico tiene un dominio cognitivo de la empatía cuando involucra la habilidad de entender las experiencias y sentimientos de la otra persona y la capacidad de ver el mundo desde la perspectiva de la otra persona¹⁶.

La empatía es un estado mental que se centra en la idea de “la comprensión del otro”. Freud, la definió como “el mecanismo por medio del cual somos capaces de comprender las circunstancias de otra vida mental”. Carl Rogers habla de la empatía por primera vez en el contexto de una relación terapéutica, definiéndola como “la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que éstos tienen para él, y una vez captados, comunicárselo”; este concepto se enmarca dentro del concepto de comunicación humana (bidireccional) con dos aspectos a destacar: primero el de la comprensión de los sentimientos y lo que estos significan para quien los padece, y segundo la comunicación (oral o no) de que se está comprendiendo¹⁷.

Algunas investigaciones, han agregado un rol positivo de la empatía en las relaciones interpersonales; la empatía ha sido descrita como un concepto que involucra el dominio cognitivo y el dominio emocional de la misma, el dominio cognitivo de la empatía involucra la habilidad de entender las experiencias y ponerse en el lugar de la otra persona¹⁸

Un fenómeno relacionado con la empatía, es el de la simpatía, que se puede definir como la capacidad natural y espontánea de la persona para empalmar en la relación social; supone compartir con otra persona sentimientos, ideas y experiencias, por lo que al contrario de la empatía, la simpatía no es objetiva¹⁶. Sin embargo, ambos conceptos tienen una función independiente, se dice que el uso excesivo de la simpatía, puede interferir con la objetividad del diagnóstico y tratamiento¹⁸

1.2.3 CONFIANZA

Goic¹⁹ describe tres hechos fundamentales y permanentes que caracterizan el encuentro del médico con su paciente:

1. Es un acto libre basado en la confianza en el médico, tanto en su honorabilidad como en su capacidad profesional.
2. Transcurre en la intimidad de la consulta, a la cual habitualmente no tienen acceso otros actores que no sean el médico y su paciente. La trasgresión de la confidencialidad, provocaría un quiebre irremediable de la confianza que el paciente depositó en su médico.
3. Constituye un acto basado en la confianza mutua: la del enfermo en la integridad e idoneidad del médico y la de éste, en la voluntad del enfermo de colaborar en su recuperación para reintegrarse a su labor en la sociedad.¹⁹

Entonces, para que se pueda llevar a cabo una adecuada relación médico-paciente, es necesario que en esta se genere y mantenga un ambiente de confianza. La existencia de confianza mutua permite establecer juicios en cuanto a su pertinencia moral, de modo que la confiabilidad, el ser confiable, viene a constituir el requisito indispensable de una buena relación médico-paciente y, por ende, de una buena práctica médica.²⁰

En una buena relación medico-paciente hay confianza mutua, el médico sabe que su paciente cree aquello que él le dice y va a intentar seguir sus consejos, como contrapartida el paciente tiene fe en su médico y siente que sus problemas y emociones son comprendidos: para establecer tal confianza es esencial el comportamiento del médico desde la primera consulta. En la fase inicial de la consulta, el intercambio de saludos y la demostración de respeto por parte del médico hacia el paciente, tiene una gran influencia sobre la relación posterior. Durante la consulta se debe incentivar a una comunicación abierta, creando un clima de empatía, seguridad y calor afectivo; la calidad de esta relación interpersonal entre el médico y el paciente puede influir significativamente en el resultado de terapéutico¹².

Un elemento sustancial que genera un ambiente de confianza entre el paciente y su médico es el secreto profesional. A lo largo de la historia de la medicina, se ha mantenido un común denominador que es la presencia de un juicio valorativo que se ubica en el mantenimiento de un secreto, de un guardar los datos obtenidos en cualquier actividad médica, de manera que su uso sea exclusivo del médico a quién han sido confiados para que sean compartidos entre el paciente y él únicamente. La sola existencia de este secreto imprime a la práctica médica un sello de confiabilidad. Se será confiable en la medida en que se guarde un secreto, en que se sea capaz de no traicionar la fe del paciente y recíprocamente, en que este no defraude la confianza del médico.²⁰ En el juramento Hipocrático se estipula: "...aquello que yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio, o incluso fuera del ejercicio de mi profesión, lo callare, puesto que jamás hay necesidad de divulgarlo, considerando siempre la discreción como un deber en tales casos..."

El secreto profesional, consiste en recibir una información y no revelarla a nadie, implica un acuerdo, generalmente explícito, en el que una persona promete a otra mantener solo entre ellas el conocimiento de algo que no será divulgado a otros. Sin embargo, para que un secreto sea moralmente valioso y por lo tanto obligatorio, debe satisfacer otros requisitos: debe tener un sentido y no ser guardado nada más por que sí; debe conducir hacia un fin, hacia la obtención de una meta y debe haber un acuerdo interpersonal para ello; sin embargo, dicho acuerdo interpersonal también deberá estar establecido en función de la agencia moral de ambos. De tal manera que quien recibe la información confía en que se le está dando sin intenciones ocultas, ni aviesas y en que dicha información es valiosa para el que la proporciona; por otra parte, el informante (paciente) debe confiar en que la información que da será

utilizada en su beneficio y su uso se restringirá a ello, y que, además, no será divulgada a terceros. En estas condiciones, el secreto profesional se torna en un tipo de secreto “confidencial”; es decir, algo que conlleva el depósito de la buena fe de ambas partes.²⁰

1.2.4 AUTONOMÍA

Los principios de la bioética, son un instrumento para analizar la calidad ética de las decisiones en salud, estos principios son beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia. El más moderno de estos es el principio de autonomía, el cual surge como consecuencia de un concepto de ser humano que implica la idea de libertad personal. El principio de autonomía, exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas, y el derecho a que se respete su voluntad, en lo que se refiere a ellas mismas²¹.

La participación del paciente en la relación, ha evolucionado de una persona pasiva a aquella que es capaz de tomar un papel protagónico en la relación³⁴. En la práctica médica moderna, una parte integral e insustituible que forma parte de la autonomía es el consentimiento informado, el cual se ha convertido en un requisito indispensable, entendido como la conformidad voluntaria y consciente del paciente, después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una atención médica.

El paciente debe recibir información detallada de su dolencia, de sus posibilidades de curación o mejoría, de las posibles complicaciones o fracaso de un tratamiento u operación, antes de tomar cualquier determinación importante^{34, 35}.

La definición de autonomía, va más allá de la concepción de que el paciente pueda elegir. La autonomía verdadera es aquella que permite al paciente determinar críticamente sus valores y preferencias, afirmar estos valores en base a reflexiones y decidir e iniciar las acciones que ellos justifiquen. La relación médico-paciente es una relación asimétrica; es decir, el paciente secundario a su enfermedad, se encuentra en una situación de vulnerabilidad y su formación lo coloca en una situación de inferioridad frente al médico, en este proceso el médico pone en juego su competencia profesional; por lo tanto el principio de autonomía es un reconocimiento explícito de la igualdad de las personas, pone énfasis en el respeto a la voluntad del paciente frente a la del médico, ya que durante las consultas, el médico expone su calificación mientras que el paciente expone su persona.^{21,22}

Algunas ocasiones, la autonomía del paciente puede tener limitaciones y no puede violar la integridad del médico como persona. Ejemplo de esto, es que el médico puede oponerse a practicar un aborto o a aplicar la eutanasia a un paciente que se lo exija, pues ninguno puede imponer sus valores al otro³⁵.

Se dice que existe cierto grado de conflicto, en la relación entre paciente y médico. Laín Entralgo³⁵, atribuye dicho conflicto, en parte, a los grandes adelantos de la técnica que tal vez obstaculicen el

contacto humano, al fenómeno de la transferencia, a la creciente socialización de la atención médica y, por último, a la cultura de masas, que puede llevar a los pacientes a dirigir el curso del tratamiento por falta de una relación satisfactoria con el médico.

La mercantilización de la sociedad junto con el reconocimiento de los derechos humanos ha valorado la vida de los individuos independientemente de su lengua, religión, edad, formación, etc. De la misma manera, ha evolucionado el reconocimiento de los derechos de los pacientes quienes ya no se limitan a recibir y obedecer, sino que pueden ejercer su derecho a entender, preguntar, a disentir y exigir, y finalmente a demandar¹¹, esto ha creado un nuevo modelo de relación médico-paciente en la cual cada uno tiene derechos y obligaciones, encasillando al médico como un prestador de servicios y al paciente como un usuario, este tipo de relación responde a las necesidades del mercado, pero destruye los lazos afectivos que tradicionalmente han caracterizado los vínculos entre médico y enfermo al cambiar la relación médico-paciente a una relación de prestador-usuario. Al mismo tiempo surge la transición epidemiológica, trayendo consigo el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, las cuales no solo lo acompañarán el tiempo que le reste de vida, demandando prepararse para el desarrollo de complicaciones, continuar con su vida aunque este enfermo y tomar decisiones por sí mismo, incluyendo decisiones terapéuticas; en este marco el médico debe centrar su intervención en la educación, más que en la prescripción, para favorecer la autonomía del paciente y lograr que el médico se convierta en asesor y educador¹¹.

1.3 MODELOS DE RELACION MEDICO-PACIENTE

Históricamente se han definido muchos modelos para describir la relación médico-paciente, a través de ellos se intenta identificar el papel de los integrantes, describiendo la actividad médica y cómo el paciente se incorpora en la toma de decisiones terapéuticas.²³

Un modelo es un sistema de creencias o un plan para dar sentido al conjunto de fenómenos con que se enfrentan médicos y pacientes; se han descrito así, los denominados modelos de salud entre los cuales se incluyen el modelo biomédico, el modelo holístico, el modelo biopsicosocial, el modelo cultural-etnomédico y el modelo ecológico-transaccional²⁷.

Modelo biomédico: La práctica médica tradicional centra su atención en el cuerpo y la enfermedad física. El modelo biomédico se basa en 2 elementos: el reduccionista, que conceptualiza a toda enfermedad en términos de daño o lesión de los mecanismos fisicoquímicos, y el exclusivista, que excluye las dimensiones sociales, psicológicas o conductuales de la enfermedad.

El médico, generalmente no toma en cuenta las experiencias vitales como desencadenantes de enfermedad. En la mayoría de los casos, aborda al paciente con preguntas y le da poca oportunidad

para que sea él quien explique la historia de su proceso salud-enfermedad; le prescribe tratamientos y le menciona diagnósticos que en ocasiones quedan fuera de la comprensión del enfermo. El modelo está centrado en el médico, dominado por el especialista, orientado en la titulación, basado en la memoria, orientado a la enfermedad, dominado por la tecnología; la salud se ve como ausencia de enfermedad; el médico actúa como científico y técnico, con una actitud paternalista sin tomar en cuenta la etiología psicosocial; al centrarse en la identificación del problema, más que en el conocimiento de la persona, se establece, más que una relación médico-paciente, una relación médico-problema, en la que no hay transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables que les ayuden a mejorar y preservar su salud²⁷.

Modelo holístico: destaca la importancia de la responsabilidad individual y del desarrollo personal, el médico realiza promoción de la salud, el autocuidado y la educación del paciente, carece de una evaluación verificable ya que cuenta con una dimensión terapéutica basada en el uso de tratamientos alternativos, que en algunas ocasiones cae en la charlatanería.²⁷

Modelo biopsicosocial: descrito por Engel, en 1977, postuló la necesidad de un modelo médico holístico que él llamó biopsicosocial donde el médico actúa en participación mutua con el paciente, dando importancia a los estilos de vida y prevención; como respuesta a el modelo biomédico, dominante en las sociedades industrializadas de mediados del siglo XX. Permite entender la integración de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud. Plantea que para que un síntoma o una enfermedad ocurra se requiere cuando menos de 3 requisitos: un evento crítico o desafío al sistema, como la exposición a un agente infeccioso o la pérdida de un integrante de la familia, vulnerabilidad fisiológica y compromiso de uno o más de los sistemas orgánicos. En este modelo, la enfermedad no está separada de la persona ni ésta de su medio ambiente, ya que implica el conocimiento de los múltiples aspectos de la vida del paciente, incluyendo su familia, vecindario, ocupación, comunidad, creencias y prejuicios, así como la relación médico-paciente. Dentro de las características relevantes de este modelo se encuentra la atención centrada en el paciente la cual considera al paciente con sus problemas, ideas y expectativas; involucra al paciente en la toma de decisiones; proporciona la información necesaria para que el paciente pueda responsabilizarse de su salud; toma en cuenta las emociones responsables de los aspectos no médicos de los problemas de salud.^{27,28}

Modelo cultural-etnomédico: desarrollado por Kleiman y cols; presta gran atención a las diferencias entre enfermedad y trastorno, y destaca la importancia de que el paciente comprenda su enfermedad, dirige la atención hacia la relación médico-paciente²⁷.

Modelo ecológico-transaccional: desde la perspectiva ecológica, se ve al paciente como un conjunto de factores biológicos y psicoculturales que determinan la capacidad de un individuo para adaptarse a los cambios y a las influencias ambientales²⁷.

Por su parte, Goldim y Francisconi³⁴, adaptaron la propuesta de Robert Veatch, del Instituto Kennedy de Ética de la Universidad de Georgetown, a cuatro modelos de relación médico-paciente: sacerdotal, ingenieril, colegial y contractualista.

Modelo Sacerdotal: Es el más tradicional, basado en la tradición hipocrática. El médico asume una postura paternalista con relación al paciente. En nombre de la beneficencia toma decisiones sin considerar los deseos, creencias u opiniones del paciente. Da una comprensión equivocada de la palabra pacientes, tomándolo como sinónimo de pasividad, siendo su significado original: el que sufre.

Modelo Ingenieril: Coloca todo el poder de decisión en el paciente. El médico asume el papel de proveedor de información y ejecutor de las acciones propuestas por el paciente. El médico preserva apenas su autoridad, cediendo su poder, al paciente. El paciente es visto como un cliente que demanda una prestación de servicios médicos.

Modelo Colegial: En él, no se diferencian los papeles del médico y del paciente. No existe la autoridad del médico como profesional y el poder es compartido por igual. Una crítica a este modelo puede ser el que se pierda la finalidad de la relación médico-paciente, y se torne una relación simple entre individuos iguales.

Modelo Contractualista: Aquí, el médico preserva su autoridad, en cuanto posea los conocimientos y habilidades específicos, asumiendo la responsabilidad por la toma de decisiones técnicas. El paciente participa activamente, ejerciendo su poder de acuerdo con su estilo de vida y valores morales y personales. Existe un intercambio de información efectivo sobre la base de un compromiso establecido entre las partes involucradas.

En 1992, Ezekiel y Linda Emanuel, propusieron un cambio de nombre para estos modelos, llamando al modelo sacerdotal: paternalista y al modelo ingenieril: informativo. No toman en cuenta al modelo colegial y subdividen al modelo contractualista en otros dos: interpretativo y deliberativo, de acuerdo a si el grado de autonomía del paciente es moderado o alto. Estos autores sugieren la posibilidad de un quinto modelo que sería el instrumental, donde el paciente sería utilizado por el médico, como un medio para conseguir otro fin, y ponen como ejemplo la utilización abusiva de pacientes en proyectos de investigación, tal como en el caso Tuskegee³⁴.

Modelo Paternalista:

En este modelo, la relación médico-paciente es dominada por el médico, quien emplea sus conocimientos y habilidades para determinar el diagnóstico, estadio, la o las pruebas diagnósticas y el tratamiento más adecuado para curar o aliviar al paciente. Posteriormente, el médico presenta al paciente una información seleccionada que le permitirá consentir con la intervención que el médico considera apta para él. En una situación extrema, el médico informa autoritariamente al paciente el o los procedimientos que se le realizarán. Por lo tanto, es el médico quien debe discernir qué es lo más apropiado, limitándose el paciente a consentir y eventualmente, agradecer las decisiones tomadas en su beneficio. El médico actúa como guardián de la salud del paciente, articulando e implementando lo que es mejor para él. Como tal tiene obligaciones que incluyen anteponer los intereses del paciente a los suyos y consultar a otros cuando su conocimiento no sea suficiente. La autonomía del paciente consiste en asentir la determinación médica de qué es lo mejor.^{24, 25,26}

Modelo Informativo:

También llamado científico, tiene como objetivo de la interacción médico-paciente, que el médico provea al paciente de toda la información relevante y que éste seleccione o elija las intervenciones médicas que desea. Con este fin, el médico informa al paciente sobre su estado de salud, las posibles intervenciones diagnósticas y terapéuticas, la naturaleza y riesgos o beneficios probables asociados a dichas intervenciones y el grado de incertidumbre al respecto. En un extremo, el paciente podría disponer de toda la información posible y elegir las intervenciones que más le convenzan. El paciente tiene valores definidos y conocidos pero adolece de hechos, por lo que el médico provee de los hechos disponibles que le permitirán tomar la decisión más correcta según sus valores. El médico es un prestador, proveyendo al paciente de los elementos necesarios para ejercer su control. Como experto, debe revelar información confiable, mantener su competencia en el área y consultar a otros cuando su conocimiento o habilidades no sean suficientes. El concepto de autonomía es el control de las decisiones médicas por parte del paciente; los pacientes suelen ser más asertivos y demandantes por lo que puede o no aceptar lo que el médico le dice, basándose en sus propios valores, volviéndose conciente y responsable de sus decisiones.^{24, 25,26}

Modelo Interpretativo:

En este modelo, la relación médico-paciente se basa en resolver las necesidades del paciente, de acuerdo a sus valores y significados. Aquí el médico provee al paciente de la información sobre la naturaleza de su padecimiento y los riesgos y beneficios de posibles intervenciones, pero además lo ayuda a elucidar y articular sus valores y a determinar qué intervención médica contribuirá mejor a este fin. Los valores del paciente no son necesariamente fijos y conocidos, a menudo son elementales y el paciente puede comprenderlos sólo parcialmente o pueden oponerse cuando se aplican a determinadas situaciones. Consecuentemente, el médico, trabajando con el paciente deberá aclarar estos valores y

hacerlos coherentes reconstruyendo sus objetivos, aspiraciones, cometidos y caracteres. El médico no le indica al paciente; es el paciente quien decide qué valores y cursos de acción encajan mejor en su escala de valores. El médico no juzga los valores del paciente sino que lo ayuda a entenderlos y a aplicarlos en la situación médica en cuestión. En el modelo interpretativo, el médico se convierte en un consejero o asesor.^{24, 25,26}

Modelo Deliberativo:

La interacción médico-paciente apunta a ayudar al paciente a determinar y elegir los mejores valores relacionados con la salud que pueden satisfacer o resolver determinada situación clínica. Con este fin, el médico debe delinear la información de dicha situación y luego, ayudar a elegir los diferentes valores implícitos en las distintas opciones. Los objetivos del médico incluyen la sugerencia de qué valores relacionados con la situación planteada son los más deseables y a cuáles se debería aspirar. En un extremo, el médico y el paciente deliberan sobre qué tipo de valores relacionados con la salud deberían perseguirse. El médico discute valores solamente relacionados con la salud, es decir, valores que afectan o son afectados por la enfermedad y/o tratamientos del paciente; reconoce que varios elementos morales no están relacionados con la enfermedad o el tratamiento y que por lo tanto no son el objetivo de su relación profesional; el objetivo del acto médico no va más allá de la persuasión moral. En esta deliberación, el paciente y el médico juzgan la importancia de los valores relacionados con la salud. En el modelo deliberativo, el médico actúa como un maestro o amigo, dialogando con el paciente sobre qué curso de acción sería el mejor. No sólo considerando lo que el paciente podría hacer sino que, conociéndolo y deseando lo que es mejor, le indica qué debería hacer, qué decisión concerniente a su tratamiento sería ponderable o deseable. La concepción de autonomía del paciente sería el auto-desarrollo moral; el paciente es alentado a seguir preferencias y a considerar, a través del diálogo, valores alternativos relacionados con la salud, su deseabilidad e implicaciones en el tratamiento.^{24, 25,26}

Los modelos descritos implican variaciones en la actitud relativamente pasiva del paciente y del médico, en donde cada uno adopta un rol y define un modelo, lo que trae consigo diferentes grados de autonomía por parte del paciente, modificaciones en la forma de dirigir la consulta, la presencia o no de empatía y relevancia sobre los acuerdos y la toma de decisiones acerca del proceso terapéutico.²⁴

Los modelos son tipos ideales, es decir construcciones hipotéticas teóricas que pueden contrastarse con la realidad, por lo tanto no se presentan de manera pura. Las características de la relación médico paciente son variadas y se categorizan de acuerdo a los modelos descritos, como se describe en el cuadro 1.

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

MODELO	ROL DEL MÉDICO	AUTONOMÍA DEL PACIENTE	DIRECCIÓN DE LA CONSULTA	EMPATÍA	ACUERDOS REALIZADOS POR:	TOMA DE DECISIONES REALIZADA POR:
PATERNALISTA	Guardian de la salud	Nula	Médico	Puede o no existir	Médico	Médico
INFORMATIVO	Prestador de un servicio	Presente (++)	Paciente	Puede o no estar presente	Paciente	Paciente
INTERPRETATIVO	Asesor de la salud	Presente (+)	Médico y/o Paciente	Presente	Médico y paciente	Médico y Paciente
DELIBERATIVO	Amigo de los pacientes	Presente (+)	Médico y paciente	Presente	Médico y paciente, en consenso	Médico y paciente, en consenso

Fuente: Trabajo de investigación: Modelos de relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

+ Moderado.

++ Alto.

Estos modelos implican variaciones en la actitud y conducta del paciente y del médico; en consecuencia, diferentes grados de autonomía y relevancia de los valores del paciente así como de la influencia del médico en las decisiones de éste. En diversas circunstancias, los modelos descritos pueden variar, y en tiempos y situaciones diferentes los cuatro modelos pudiesen coexistir.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante los últimos 50 años han existido cambios significativos en la forma de actuar del paciente. Hasta los años cincuenta, el hombre se mantuvo en la vieja tradición de la medicina occidental, que inicio con Hipócrates, permaneciendo sin variaciones hasta hace pocos años. Es en los últimos 25 años, cuando la autonomía desplazo a la beneficencia como primer factor de la ética médica. Como resultado de estos cambios, la relación entre el médico y el paciente ha variado substancialmente y ha influido sobre ambos³⁵.

Aceptando que se trata de sociedades en transformación y que el futuro de estas depende de cómo se resuelva esta transición; numerosos estudios concluyen que la relación que los médicos establecen con sus pacientes, es con frecuencia superficial y centrada en aspectos puramente fisiológicos y sistemáticos, sin tomar en cuenta las expectativas del paciente, ni los aspectos psicosomáticos que influyen en el desarrollo de la enfermedad, decidiendo unilateralmente en función de los conocimientos del médico. Este enfoque ya no es válido¹¹, hoy en día, el paciente puede y debe opinar sobre las indicaciones médicas y puede objetarlas si así lo desea, para esto es necesaria la participación activa del paciente en la toma de decisiones, para conseguir un compromiso factible de llevarse a cabo y así proporcionar una atención integral a los pacientes y sus enfermedades¹¹. Aunado a la mercantilización de la sociedad se ha creado un nuevo modelo de relación médico-paciente en la cual cada uno tiene derechos y obligaciones, encasillando al médico como un prestador de servicios y al paciente como un usuario, este tipo de relación responde a las necesidades del mercado, pero destruye los lazos afectivos que tradicionalmente han caracterizado los vínculos entre médico y enfermo al cambiar la relación médico-paciente a una relación de prestador-usuario¹¹.

Considerando, los cambios en los que esta inmersa la relación médico-paciente, y tomando como base los modelos de relación médico-paciente descritos en 1992, por Linda y Ezequiel Emanuel, donde el modelo deliberativo se considera como el ideal a seguir, el presente trabajo, pretende identificar los modelos de relación que se utilizan en una unidad de medicina familiar del ISSSTE, tomando en cuenta que no necesariamente estos modelos se presentan como tales en la practica médica habitual.

1.5 JUSTIFICACION

La relación médico-paciente se ha caracterizado por ser paternalista, jerárquica, benigna y bien intencionada por parte del médico, que sin embargo ha generado en muchos casos una dependencia “enfermiza” haciendo que la toma de decisiones no involucre el sentir de los pacientes, en parte porque el mismo paciente ha sido acostumbrado a depender de decisiones unilaterales por parte del profesional. Actualmente, se observa que las nuevas realidades de la atención médica, en donde cada vez hay mas acceso a la información que el paciente requiere para la toma de sus decisiones, se ven reflejadas en una demanda creciente no solo de respuestas sino también de tiempo, tecnología, agilidad, competencia, etc, y cuestiona (con fundamento) al proceso de atención médica, a la institución y al Sistema de Salud en general³⁰.

A lo largo de la historia, los modelos de relación médico-paciente, han evolucionado de acuerdo a las distintas circunstancias clínicas, pareciera que atrás ha quedado, el modelo paternalista para dar paso a un modelo mercantilista, donde el humanismo se ha perdido.

Para lograr una relación médico-paciente más humana, se deben incluir al menos, la libertad de elección (autonomía), la buena comunicación (diálogo), la compasión (empatía), la estabilidad de la relación (continuidad) y la ausencia de conflicto de intereses (especialmente económicos). Estas cualidades deben hacerse evidentes a través de las actitudes y conductas del médico hacia el paciente por medio de la comunicación que establece con él.

Recientemente se ha incorporado al abordaje de los servicios de salud, el aspecto psicosocial, en donde los modelos de relación médico paciente ya no se limitan a considerar los aspectos dependientes del médico o del paciente, si no que se ha comprobado la necesidad de integrar los factores psicológicos y sociofamiliares al acervo de los nuevos modelos de relación, contemplando objetivos y acciones relacionadas con el diagnóstico y la intervención familiar, así como el análisis de la situación de salud familiar, considerando a la familia como la unidad básica para la atención de salud individual y comunitaria²⁹.

Como ya se ha dicho, la relación entre el médico y el paciente, es una actividad en la cual cada participante adopta un rol y define así un modelo. La relación médico-paciente ha evolucionado de manera positiva en muchos aspectos, el identificar el modelo de relación médico-paciente utilizado por los médicos de la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE, permitirá que el médico residente conozca y adquiera habilidades y conductas desde su formación, influido tal vez por el modelo empleado por los médicos con los cuales tuvo contacto. Con este conocimiento el médico residente trabajará en el perfeccionamiento de la relación para que disponga de nuevos instrumentos que le permitan mejorar la calidad de la atención y la salud de los pacientes, y a su vez conozcan nuevos elementos con los cuales se puedan comunicar mejor.

1.6 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características de la relación médico-paciente más frecuentemente utilizadas en la clínica de medicina familiar GAM del ISSSTE a partir de los modelos propuestos por Ezekiel y Linda Emanuel.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el rol del médico ante los pacientes
- Detectar cual de los participantes dirige la consulta, de acuerdo con los modelos de relación médico-paciente.
- Identificar la presencia de autonomía en el paciente.
- Identificar el establecimiento de empatía durante la relación médico - paciente
- Identificar el modelo de relación médico-paciente que se utiliza para llegar a acuerdos al final de la consulta.
- Identificar quien de los participantes, toma las decisiones sobre el tratamiento.
- Identificar las características más importantes de la relación medico-paciente, de acuerdo a las percepciones de los participantes.
- Identificar si existe influencia de la relación médico-paciente sobre la evolución clínica de los pacientes.

1.7 HIPÓTESIS

En la consulta se establece la relación médico-paciente, en ella se encuentran dos personas con culturas, ideas, experiencias y conceptos de salud-enfermedad distintos; por lo tanto, se entabla un proceso dinámico, donde los rasgos propios de los diferentes modelos de relación médico-paciente pueden adoptar distintas formas de presentación, dependiendo de la fase de la consulta y las circunstancias de la misma.

Tomando en cuenta que la relación médico-paciente en la consulta externa de la clínica de medicina familiar GAM del ISSSTE es una relación extendida a lo largo del tiempo, el modelo deliberativo es el que debiese dominar.

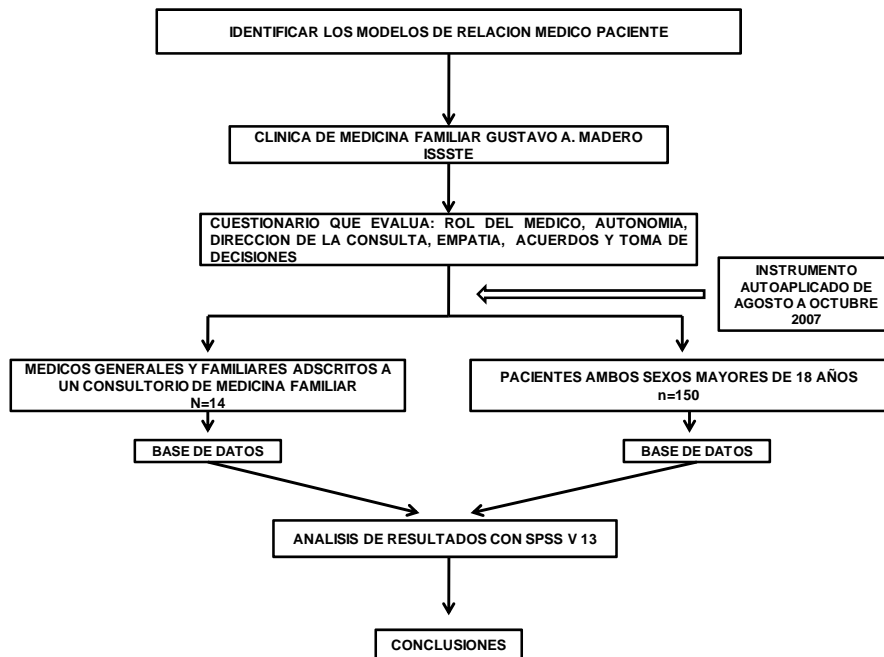
2. MATERIAL Y METODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Cualitativo, transversal y descriptivo

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO

FIGURA 1
DISEÑO DE LA INVESTIGACION



2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Se consideró a los médicos adscritos a la CMF GAM del ISSSTE, así como a los derechohabientes adscritos a dicha unidad, en el período comprendido entre agosto y octubre de 2007.

2.4 MUESTRA

No aleatoria, representativa de la unidad médica, no significativa estadísticamente.

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

2.5.1 DE INCLUSION

2.5.1.1 Para los médicos

Adscritos a la unidad de medicina familiar

Ambos sexos

Ambos turnos

Con población asignada

Que desearan participar en el estudio

2.5.1.2 Para los pacientes

Mayores de 18 años

Que supieran leer y escribir

Ambos sexos

Por cualquier motivo de consulta

Adscritos a un consultorio médico de la unidad

Que desearan participar en el estudio

2.5.2 DE EXCLUSION

2.5.2.1 Para los médicos

Que no desearan participar en el estudio

2.5.2.2 Para los pacientes

Que acudieran por primera vez a la clínica

2.5.3 DE ELIMINACION

Cuestionarios incompletos

2.6 VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICION)

2.6.1 CUESTIONARIO DE LOS MÉDICOS

VER ANEXO 1

2.6.2 CUESTIONARIO DE LOS PACIENTES

VER ANEXO 2

2.7 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

2.7.1 CUESTIONARIO MEDICOS

VER ANEXO 3

2.7.2 CUESTIONARIO PACIENTES

En ambos cuestionarios se manejan los mismos conceptos y variables solo se modifico el vocabulario utilizado para que fuese más comprensible para los pacientes.

VER ANEXO 4

2.8 DISEÑO ESTADISTICO

El propósito estadístico de esta investigación fue identificar las características asociadas a los modelos de relación médico-paciente, utilizadas por los médicos adscritos a la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE. Con este fin se formaron 2 grupos, uno integrado por los médicos familiares y generales adscritos a la unidad médica (15), con población asignada y el otro grupo conformado por 10 pacientes de cada uno de ellos, siendo un total de 150, que acudieron a consulta con su médico familiar durante los meses de agosto a octubre de 2007.

Se midieron variables cualitativas y cuantitativas.

La muestra utilizada en esta investigación fue no aleatoria, conformada por médicos adscritos a un consultorio de medicina familiar y otra con respecto al número de pacientes adscritos al grupo de mayores de 18 años de edad, adscritos a la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE; en total $N=23635$, tomando que la población es mayor de 10000 elementos se eligió una confianza de 95%, precisión de 8, con $p=0.50$ y una $q=0.50$, quedando una población de 150 pacientes, representativa de la unidad médica, que acudieron a consulta durante los meses de agosto a octubre del 2007³⁶.

2.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Basado en el artículo Four Models of the Physician-Patient Relationship de los autores Linda y Ezequiel J, Emanuel, MD, en 1992, el cual describe 4 modelos principales de relación médico-paciente se diseñó un cuestionario dirigido a los médicos, encaminadas a explorar las características principales de cada modelo de relación. Incluyó 10 preguntas con respuestas cerradas de opción múltiple, en cada inciso se describieron aspectos relevantes de cada modelo de relación y 2 preguntas abiertas sobre opiniones personales; de la misma forma, un cuestionario dirigido a los pacientes, con las mismas preguntas, donde se modificó únicamente el lenguaje utilizado, incluyendo en ambos una ficha de identificación. Ver anexos 5 y 6.

2.10 METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Una vez aplicada la prueba piloto y realizando las modificaciones a los instrumentos, se procedió a realizar los trámites necesarios para aplicar los cuestionarios en la clínica de medicina familiar Gustavo A Madero del ISSSTE, lo cual se resume como sigue:

Aprobación por el comité de ética de la clínica de medicina familiar Gustavo A Madero ISSSTE, sede de la autora del presente trabajo, el día 15 de junio del 2007, ver anexo 7.

La aplicación de los instrumentos se realizó en diferentes fechas y horarios, ajustándose al tiempo disponible de los médicos adscritos a la unidad médica y de los pacientes que acudieron a la consulta, así como al tiempo disponible por la autora del presente trabajo. Para la aplicación de los instrumentos se necesitó de 10 a 15 minutos disponibles, lápiz o bolígrafo y un lugar donde apoyarse para su contestación. A todos los participantes se les entregó el instrumento y un consentimiento de participación voluntaria, ver anexo 8 .

2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SEGOS

2.11.1 Sesgo de información

Se reconoce que este sesgo se pudo haber presentado. Este queda a expensas de la honestidad del entrevistado, confiando en sus respuestas. Se trató de controlar, informando a los participantes acerca del anonimato y la confidencialidad del presente estudio, para que expresara sus respuestas lo más cercano a la realidad.

2.11.2 Sesgo de selección

Se eligió una muestra no aleatoria de los médicos adscritos a un consultorio de medicina familiar de la unidad, con una población asignada al momento de la aplicación del instrumento, siendo 15 médicos, de los cuales se excluyó a uno por no desear participar en el presente trabajo. De la muestra de pacientes se eligió el grupo de mayores de 18 años de edad, siendo representativa de este grupo de edad, tomado de la última pirámide poblacional de la clínica Gustavo A Madero, encontrando un total de 23635 pacientes adscritos a un consultorio de medicina familiar. Tomando en cuenta la representatividad para muestras mayores de 10000, se eligió una muestra de 150 pacientes, es decir, 10 pacientes por cada médico.

2.12 PRUEBA PILOTO

Se realizó en una clínica de medicina familiar del ISSSTE; se aplicaron cuestionarios a médicos generales y familiares adscritos a la unidad, en total 3 médicos familiares y 3 médicos generales así como a 3 de sus pacientes, en total 24 cuestionarios que aportaron datos importantes para realizar las últimas modificaciones al instrumento; principalmente sobre dudas en el vocabulario empleado en el dirigido a pacientes y el tiempo de aplicación.

2.13 PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS

Descriptivo

La estadística descriptiva se encarga de la recopilación, organización, resumen y presentación de los datos numéricos obtenidos de la observación de un fenómeno. Se utilizó el programa estadístico para ciencias sociales (SPSS) en su versión 13, para la realización de la base de datos.

**2.14 CRONOGRAMA
VER ANEXO 9**

2.15 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo el presente trabajo, se requirió el uso de hojas blancas, impresiones, fotocopias, computador, dispositivo de almacenamiento masivo, paquete informático Office 2007 y SPSS v 13, fiariado totalmente por la autora del presente trabajo.

2.16 CONSIDERACIONES ETICAS

2.16.1 DECLARACIÓN DE HELSINKI

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki³¹ como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos; incluye la investigación del material humano o de información identificables.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

En el presente trabajo, al identificar el tipo de modelo de relación medico paciente utilizado, se describirá el papel del médico en los aspectos antes mencionados, prevención, al establecer una buena comunicación y empatía con los pacientes para orientarlos e informarlos así como en el diagnóstico y tratamiento, favoreciendo la autonomía del paciente y su capacidad para la toma de decisiones.

La Declaración de Helsinki³¹ refiere en uno de sus párrafos que: “Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes; sin que ningún requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquier medida de protección para los seres humanos establecida en esta declaración”.

En México, se toma el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud³² para este fin.

Dentro de los principios básicos para toda investigación médica se encuentran:

“En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano”.

Para efecto de este trabajo, no se atenta contra la vida o salud de los participantes; su intimidad y dignidad se respetarán a través del consentimiento de participación voluntaria. Folios en vez de nombres para favorecer el anonimato y la libre expresión de los participantes

“El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que este comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental... El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio”.

Para este fin, se enviará el protocolo de investigación al comité de ética de la unidad médica donde se labora, para su aceptación previa.

“La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados”.

El instrumento que se utilizará en esta investigación, tiene como fin el identificar el tipo de modelo de relación médico-paciente utilizado por médicos familiares y generales en una unidad de medicina familiar del ISSSTE, así como la percepción que tienen los pacientes acerca del modelo que el médico utiliza con ellos durante sus consultas, esto representará un antecedente para que médicos y pacientes, reflexionen sobre el tipo de relación médico-paciente que establecen, y con ello realizar modificaciones sobre la misma o utilizar el modelo que mejor beneficie a cada tipo de paciente.

“Para formar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados”. “La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente”.

Para la realización de este trabajo, se entregará una hoja de consentimiento informado, en el cual se explica el objetivo y las características del mismo, previo a la aplicación del instrumento.

“Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta

sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces”.

La presente investigación, incluirá personas mayores de edad, que acepten firmar el consentimiento informado.

2.16.2 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD³²

2.16.2.1 TITULO PRIMERO. Disposiciones Generales. CAPITULO UNICO. ARTICULO 3°

La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud.

El presente trabajo, pretende desarrollar acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos psicológicos en los seres humanos, en este caso médicos familiares y generales, así como a los pacientes, con el fin de buscar mejoras en la relación médico-paciente.

2.16.2.1 TITULO SEGUNDO. De los aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. CAPITULO I. Disposiciones comunes

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos;

- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento.

Para fines de este trabajo, y debido a que se tratará de un instrumento autoaplicado, no se podrá realizar en sujetos que no sean humanos. Se contará con el consentimiento de participación voluntaria y por escrito de los participantes, previo a la aplicación del instrumento.

De acuerdo con el artículo 114 de esta Ley, la autora del presente trabajo realiza actividades relacionadas con la medicina, cuenta con un título que la avala como Médica Cirujana, actualmente realiza un curso de especialización en medicina familiar, cuenta con asesoría de médicos y profesionales con conocimientos y experiencia necesaria para cuidar la integridad del ser humano, y se encuentra bajo la responsabilidad de una institución (ISSSTE) de atención a la salud; el trabajo se presentará ante el comité de ética de la institución y los respectivos jefes previa aplicación para su respaldo en la realización de este trabajo.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- I. Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se considerarán: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni trate aspectos sensitivos de su conducta.

- II. Investigación con riesgo mínimo: estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes de exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios....
- III. Investigación con riesgo mayor que el mínimo: son aquellos en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas....

Dadas las características de este trabajo, y de acuerdo con este artículo, recae en el apartado I, considerado como investigación sin riesgo, ya que el instrumento que se utilizará será un cuestionario que no pretende ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes del estudio, en el cual no se identifican ni se tratan aspectos sensitivos de su conducta.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque está pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II. Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe;
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTÍCULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

De acuerdo con los artículos 20-23, descritos previamente, en este trabajo de investigación se elaborará un consentimiento de participación voluntaria para informar a los participantes, acerca del objetivo de la investigación y su derecho a abandonar el estudio si así lo desearan.

1. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de los 2 grupos analizados, de médicos y pacientes que posteriormente se compararan.

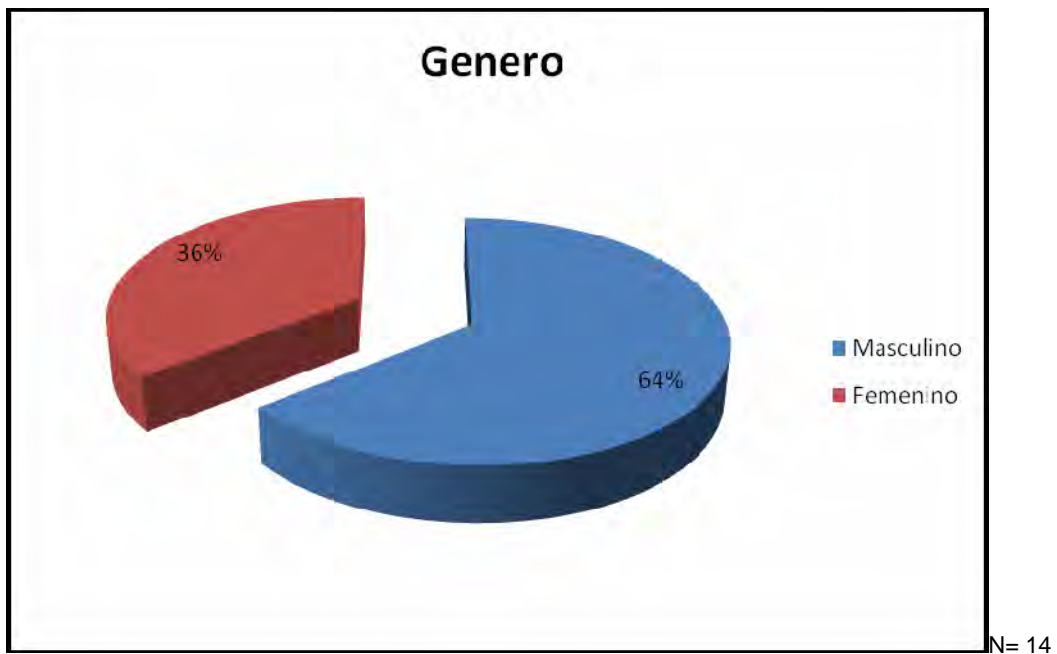
3.1 RESULTADOS MEDICOS

3.1.1 GÉNERO.

Se encontró 64% del sexo masculino y 36% restante del sexo femenino, ver figura 2.

FIGURA 2

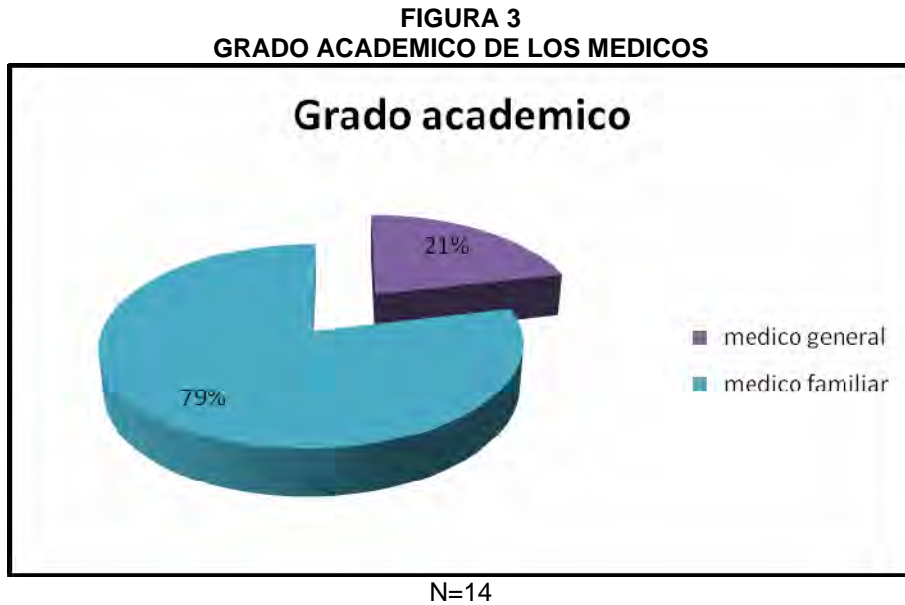
GENERO DE LOS MEDICOS



Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.1.2 GRADO ACADEMICO

De los 14 médicos encuestados, 11 (79%) eran médicos familiares, mientras que 3 (21%) eran médicos generales, ver figura 3.



3.1.3 TIEMPO EN EL EMPLEO

Varió desde 2 hasta 24 años; sin embargo, como se puede observar en el cuadro 2, solo 8 médicos refirieron de 20 a 24 años en el mismo.

CUADRO 2
TIEMPO EN EL EMPLEO

Tiempo en años	Frecuencia	Porcentaje
2	2	14.3
15	1	7.1
16	1	7.1
18	1	7.1
19	1	7.1
20	2	14.3
21	2	14.3
22	2	14.3
24	2	14.3
Total	14	100.0

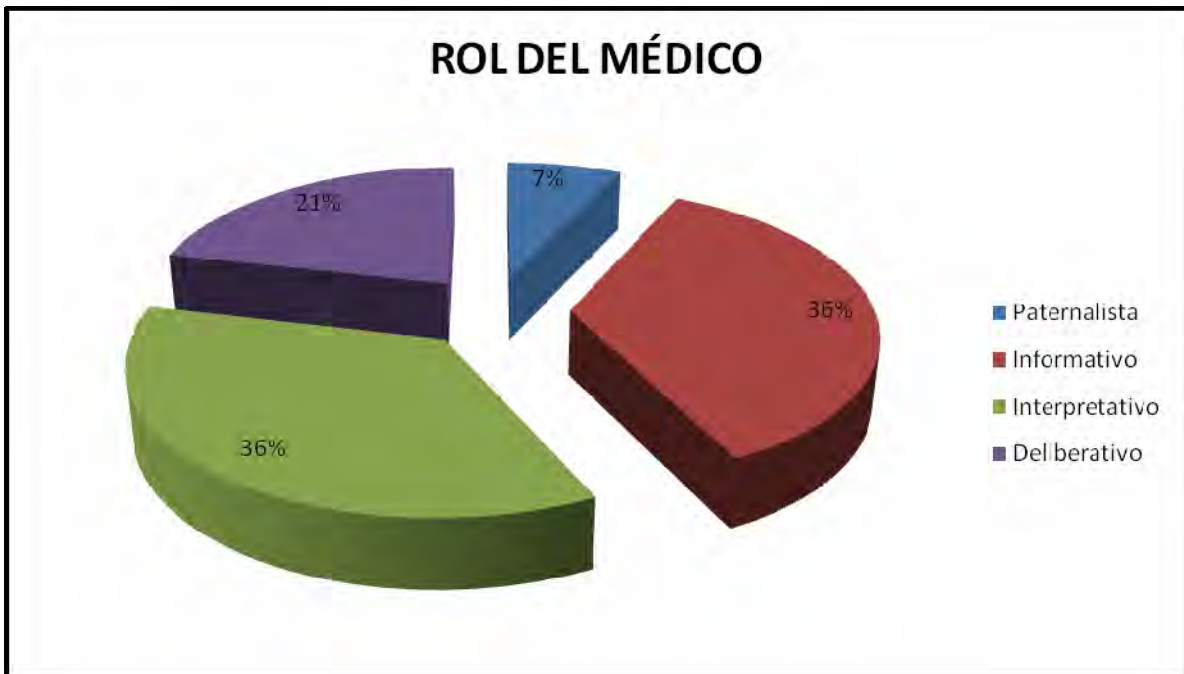
Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.1.4 ROL DEL MEDICO

De acuerdo a la manera en que el médico definió su rol frente a los pacientes, se encontró que el 7% se definía como guardián de la salud, lo que lo colocó dentro del modelo paternalista; 36% se definió como prestador de un servicio, lo cual corresponde al modelo informativo, y los médicos restantes se definieron entre los modelos interpretativo con un 36% y deliberativo con el 21% es decir se definían como asesor de la salud o como amigo de los pacientes respectivamente. Ver figura 4.

FIGURA 4

ROL DEL MEDICO



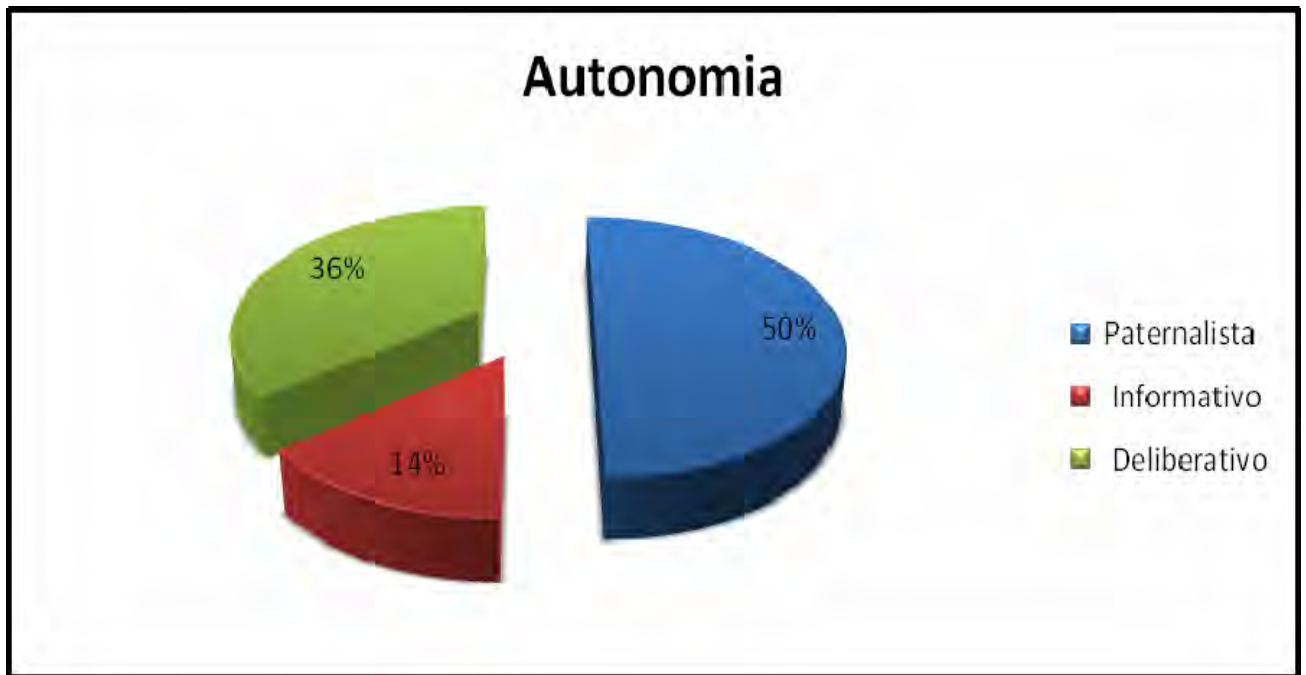
Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.1.5 AUTONOMIA DE LOS PACIENTES

La autonomía de los pacientes según la percepción de los médicos, dentro de los diferentes modelos de relación médico-paciente, se exploró de a cuerdo a la manera en que se les debía guiar, informar, escuchar o dejar hablar a los pacientes durante la consulta, encontrando que el 50% de los médicos se encontraban dentro de un modelo paternalista, donde la autonomía del paciente no forma parte importante para establecer una adecuada relación médico-paciente, 36% se definió dentro de un modelo deliberativo, donde la autonomía de los pacientes es parte fundamental de la relación médico-paciente y el 14% restante se definió dentro del modelo informativo donde la autonomía del paciente es la base de la relación médico-paciente, ver figura 5.

FIGURA 5

AUTONOMIA DE LOS PACIENTES



Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.1.6. DIRECCION DE LA CONSULTA

La manera en que se dirige la consulta desde su inicio, se relaciona con la forma en que el paciente expresa su motivo de consulta al médico y como este se dirige hacia él; encontrando que 1 de los médicos interrumpe al paciente cuando este le esta comunicando sus molestias lo que implica que su comportamiento frente al paciente se considere de tipo paternalista; otro medico toma en cuenta lo que el paciente le dice para dirigir su consulta lo que lo engloba en un modelo interpretativo, 5 médicos (35.7%) permiten que el paciente hable y pida datos acerca de su enfermedad, por lo que el médico lo provee de toda la información posible, lo que los ubica en un modelo informativo; mientras que el 50% restante (7 médicos), permiten al paciente expresar libremente sus molestias y el médico lo comprende en sus sentimientos, acompañándolo en el proceso de curación que los sitúa en un modelo deliberativo, ver cuadro 3

CUADRO 3
DIRECCIÓN DE LA CONSULTA

MODELO	Frecuencia	Porcentaje
Paternalista	1	7.1
Informativo	5	35.7
Interpretativo	1	7.1
Deliberativo	7	50.0
Total	14	100.0

Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.1.7 EMPATIA

Se encontró que el 43% de los médicos contestaron que durante la consulta se encuentra presente la simpatía dentro de la relación médico-paciente y el mismo porcentaje con respecto a la empatía. El afecto durante la consulta definido como el involucramiento afectivo con los pacientes, se encontró en solo el 14% de los médicos. Ver figura 6.

FIGURA 6

EMPATÍA



Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.1.8 ACUERDOS

Como se puede apreciar en el cuadro 4, 21.4% de los médicos se encontraron dentro de un modelo paternalista, donde el médico le indica al paciente lo que tiene que tomar para sentirse mejor, sin que sea necesario llegar a algún acuerdo con el paciente. El mayor porcentaje se concentró en el modelo deliberativo con un 64.3% donde el médico le da opciones de tratamiento y ayuda a determinar y elegir lo más apropiado para el paciente, lo cual permite que lleguen a acuerdos.

CUADRO 4

ACUERDOS ENTRE MEDICO Y PACIENTE

MODELO	Frecuencia	Porcentaje
Paternalista	3	21.4
Interpretativo	2	14.2
Deliberativo	9	64.2

Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.1.9 TOMA DE DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO

En este caso se encontró que los médicos se situaron en un modelo deliberativo con un 42.9%, donde se llega a acuerdos con el paciente, lo que les permite comprometerse en el proceso terapéutico, es decir, la toma de decisiones es compartida; el 35.7% refirió a el modelo interpretativo como la forma de tomar decisiones, en este modelo el médico orienta al paciente y elige la mejor opción para él, aunque este modelo toma en cuenta la opinión del paciente, el médico es quien toma las decisiones en primera instancia y en menor grado el paciente. Ver cuadro 5.

CUADRO 5

TOMA DE DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO

MODELO	Frecuencia	Porcentaje
Paternalista	2	14.3
Informativo	1	7.1
Interpretativo	5	35.7
Deliberativo	6	42.9

Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.1.10 INFLUENCIA DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE SOBRE LA EVOLUCION CLINICA DE LOS PACIENTES

En cuanto a la influencia de la relación medico-paciente sobre el estado de salud de los pacientes el 92.9% de los médicos mencionan que si existe una influencia directa de la relación medico-paciente sobre la evolución clínica de los pacientes, ver cuadro 6.

CUADRO 6

INFLUENCIA DE LA RELACION MÉDICO-PACIENTE SOBRE LA EVOLUCION CLÍNICA DE LOS PACIENTES

	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	92.9
No	1	7.1
Total	14	100.0

Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

En su mayoría los médicos coinciden en que al entablar una adecuada relación médico-paciente, ésta permite un mejor apego al tratamiento, basándose en la confianza, la comunicación y la empatía. Estas son algunas de las respuestas abiertas de los profesionales de la salud:

“Si establecemos una buena relación médico paciente, logramos establecer una mejor comunicación y una mejor adherencia terapéutica y un mejor pronóstico”

“La relación médico paciente es fundamental para que se lleve a cabo el tratamiento del paciente en forma adecuada e integral”

“Apego a tratamiento (continuación) seguimiento de patología, mejora calidad de vida”

“La confianza para iniciar y continuar un tratamiento es muy importante”

“El paciente tomará del médico las instrucciones como se le indican, por la confianza que tiene en el médico”.

Solo un médico refirió que NO creía que la relación médico-paciente influya sobre la evolución clínica de los pacientes: “Si el paciente no es responsable consigo mismo de su padecimiento, la buena voluntad o las palmaditas en la espalda no lo sacaran de apuros”

3.2 RESULTADOS DE PACIENTES

De un total de 150 pacientes a los cuales se les aplicó el cuestionario sobre los modelos de relación medico paciente, se encontraron los siguientes resultados.

3.2.1 EDAD

Varió desde los 18 hasta los 77 años de edad, encontrando el mayor porcentaje dentro del grupo de los 29 a los 48 años, ver cuadro 7.

CUADRO 7
EDAD DE LOS PACIENTES POR GRUPO

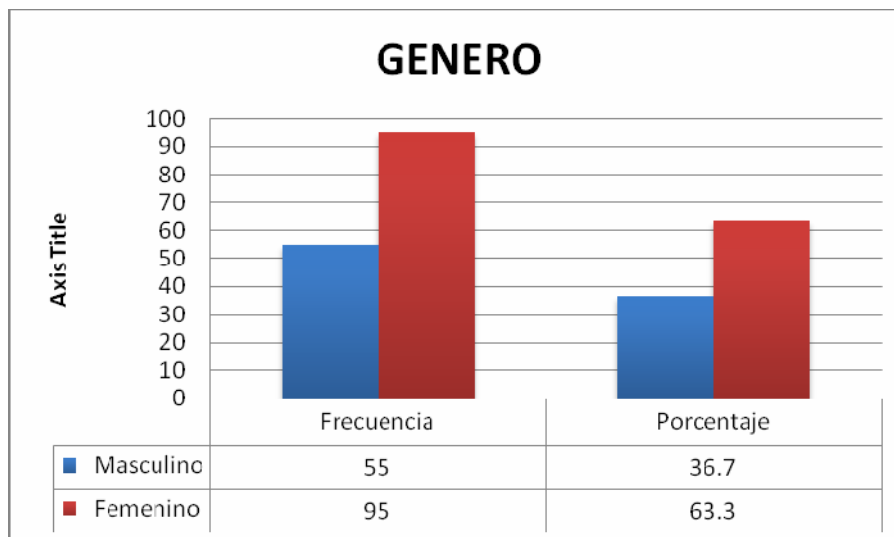
GRUPOS DE EDAD	PORCENTAJE
18-28 años	13.3%
29-38 años	28.66%
39-48 años	24.66%
49-58 años	12%
59-68 años	18%
69-77 años	3.33%

Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.2.2. GÉNERO DE LOS PACIENTES

37% fueron del sexo masculino y 63% del sexo femenino, ver figura 7.

FIGURA 7



Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.2.3 ESTADO CIVIL

100 de ellos (66.7%) refirieron estar casados y 25 (16.7%) solteros, el resto de acuerdo a la figura 8.

FIGURA 8
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES



Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

3.2.4. ESCOLARIDAD

Se encontró que 28% (42 pacientes) tenían una escolaridad de nivel licenciatura, 39% primaria, 39% preparatoria, 23% secundaria, 3% posgrado, 3% no contaba con escolaridad solo sabia leer y escribir y un 0.7% (1 persona) no especifico su escolaridad (VER CUADRO 8).

CUADRO 8

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	39	26.0
Secundaria	23	15.3
Preparatoria	39	26.0
Licenciatura	42	28.0
Posgrado	3	2.0
Ninguna	3	2.0
No especifica	1	.7
Total	150	100.0

Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.2.5 OCUPACION

En lo que respecta a la ocupación de los pacientes la mayoría eran empleados 56.7%, 29.3% eran amas de casa, 8% jubilados y el 6% restante estudiantes, ver cuadro 9.

CUADRO 9

OCUPACION DE LOS PACIENTES

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
empleado	85	56.7
estudiante	9	6.0
ama de casa	44	29.3
Jubilado	12	8.0
Total	150	100.0

Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.2.6. TIEMPO DE CONOCER A SU MEDICO

Varió, desde 1 hasta 15 años; sin embargo la mayoría refirió tener solo 1 año de conocer a su medico, ver cuadro 10.

CUADRO 10

TIEMPO DE CONOCER A SU MEDICO EN AÑOS

Tiempo de conocer a su medico en años	Frecuencia	Porcentaje
1	31	20.7
2	28	18.7
3	23	15.3
4	12	8.0
5	19	12.7
6	10	6.7
7	7	4.7
8	8	5.3
9	1	.7
10	7	4.7
11	1	.7
12	1	.7
15	2	1.3
Total	150	100.0

Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.2.7. MOTIVO DE CONSULTA

Los pacientes acudieron a consulta debido a alguna enfermedad general con el 50.7% de los casos, el 14.7% acudió a control de diabetes mellitus, 12.7% a control considerándose sano, 11.3% a control de hipertensión, 7.3% fue acompañando a otro familiar, 2.7% acudió a control de embarazo y el 0.7% acudió por fiebre, ver figura 9.

FIGURA 9

MOTIVO DE CONSULTA



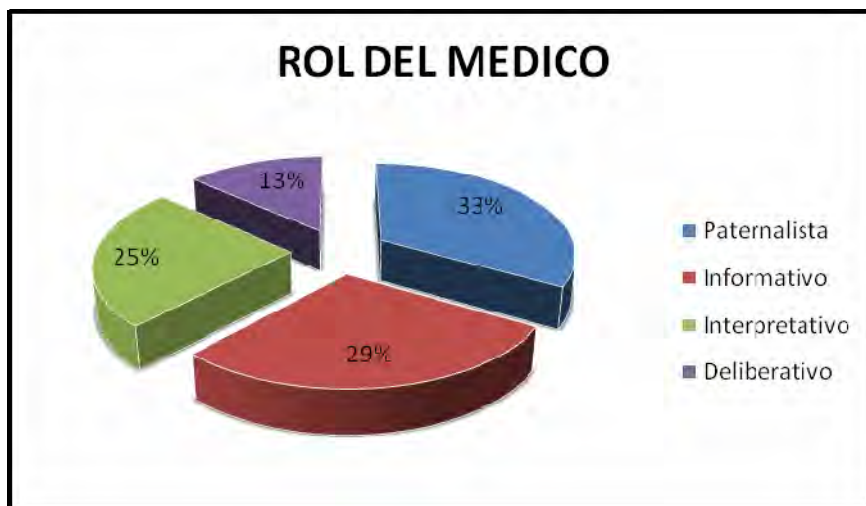
Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.2.8. ROL DEL MEDICO

De acuerdo con la manera en que los pacientes definieron a su médico, se encontró que 33% lo definieron como guardián de la salud, lo cual lo coloca dentro de un modelo paternalista, 29% lo definieron como prestador de un servicio, entrando en un modelo informativo; 25% definió a su médico como un asesor de la salud, ubicándolo en un modelo interpretativo; y el 13% lo definió como un amigo ligándolo al modelo deliberativo, ver figura 10.

FIGURA 10

ROL DEL MEDICO



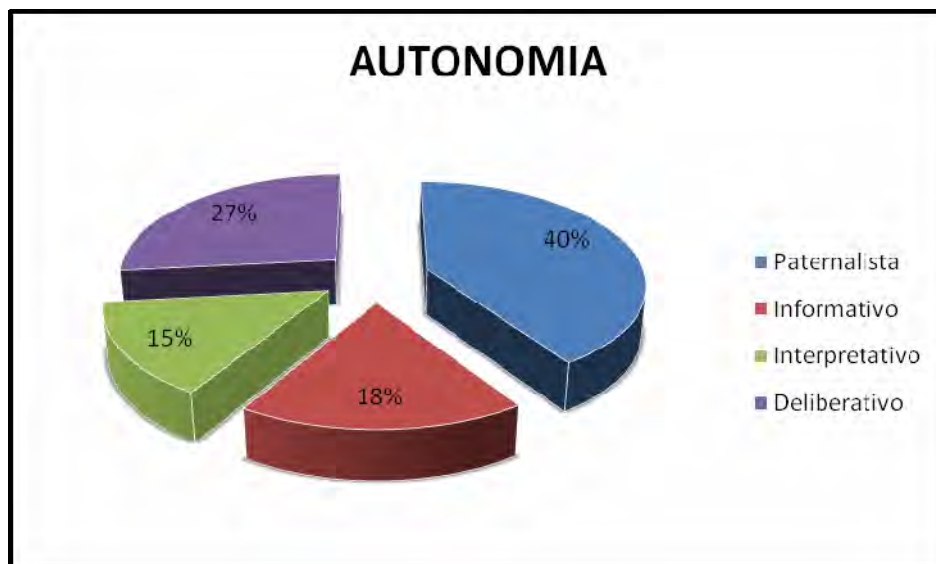
Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.2.9. AUTONOMIA

El 40% de los pacientes, mencionó que el medico debería guiarlo para mejorar su salud esta respuesta guarda relación con el modelo paternalista; 27% mencionó que el medico debería escucharlo para llegar a un acuerdo con relación a lo que era mejor para su salud, relacionándose con el modelo deliberativo; 18% contestó que el medico debía informarlo sobre su estado de salud, lo cual lo sitúa dentro del modelo informativo; 15% refirió que el medico debería escucharlo y adecuar la atención de acuerdo a sus necesidades, lo que se relaciona con el modelo interpretativo, ver figura 11.

FIGURA 11

AUTONOMIA DEL PACIENTE



Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.2.10. DIRECCION DE LA CONSULTA

Se encontró que 36% de los pacientes expresa libremente sus molestias y el medico comprende sus sentimientos y lo acompaña en el proceso de curación, lo cual se relaciona con el modelo deliberativo; 28% mencionó que expresa sus molestias y el médico toma en cuenta sus deseos para satisfacer sus necesidades, relacionándose con el modelo interpretativo; 19% comenta que habla y le pide datos al medico acerca de su enfermedad, por lo que el medico le provee de toda la información posible lo cual se relaciona con el modelo informativo; 17% refirió que el medico lo interrumpía al momento de comunicarle sus molestias lo cual se relaciona con el modelo paternalista, ver figura 12.

FIGURA 12

DIRECCION DE LA CONSULTA



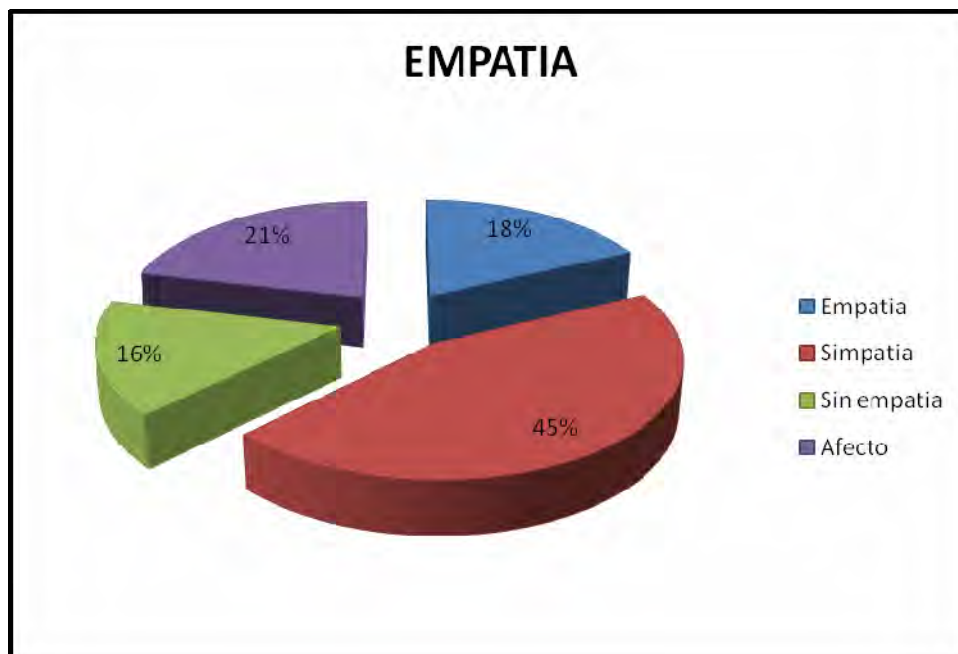
Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.2.11. EMPATIA

El 45% de los pacientes mencionó a la simpatía como parte de la relación que lleva con su médico; 21% relacionó su respuesta con la definición de afecto; 18% con la definición de empatía, y por ultimo un 16% de los pacientes menciona que el medico no se interesaba por entender sus experiencias personales ya que estas no se relacionan con la efectividad del tratamiento, entendiendo esto como una falta total de empatía de parte de los médicos hacia los pacientes, según la percepción de los pacientes, ver figura 13.

FIGURA 13

EMPATIA



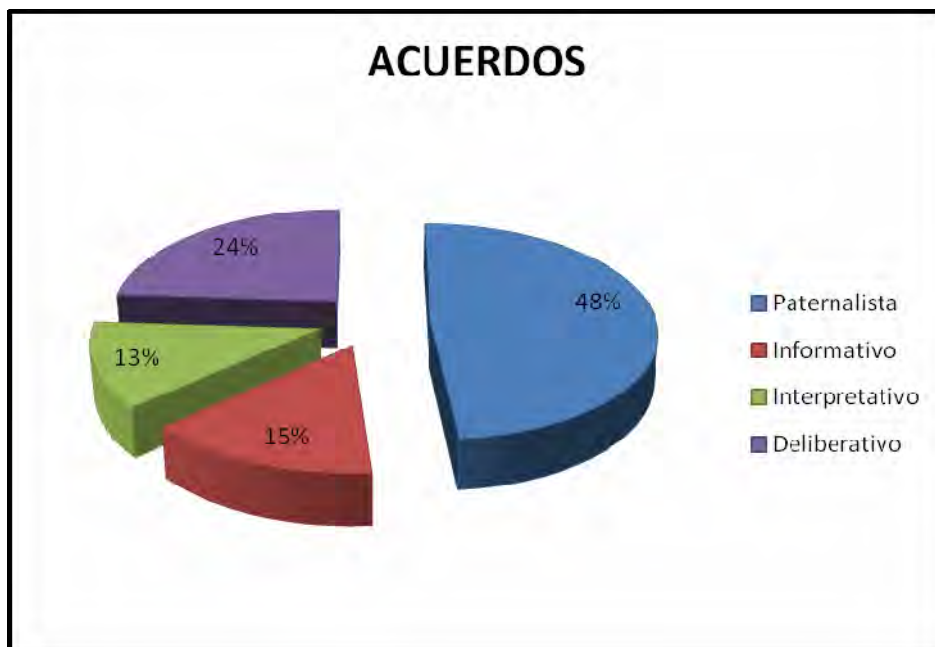
Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.2.12. ACUERDOS

Se encontró que 48% de los pacientes definieron la manera de llegar a acuerdos con su médico dentro del modelo paternalista, 24% en el modelo deliberativo, 13% en el modelo interpretativo y el 15% restante dentro del modelo informativo; con lo cual se puede decir que de acuerdo con la percepción del paciente, el médico no busca la manera de llegar a acuerdos con el paciente, decidiendo de manera unilateral. Ver figura 14.

FIGURA 14

ACUERDOS DENTRO DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE



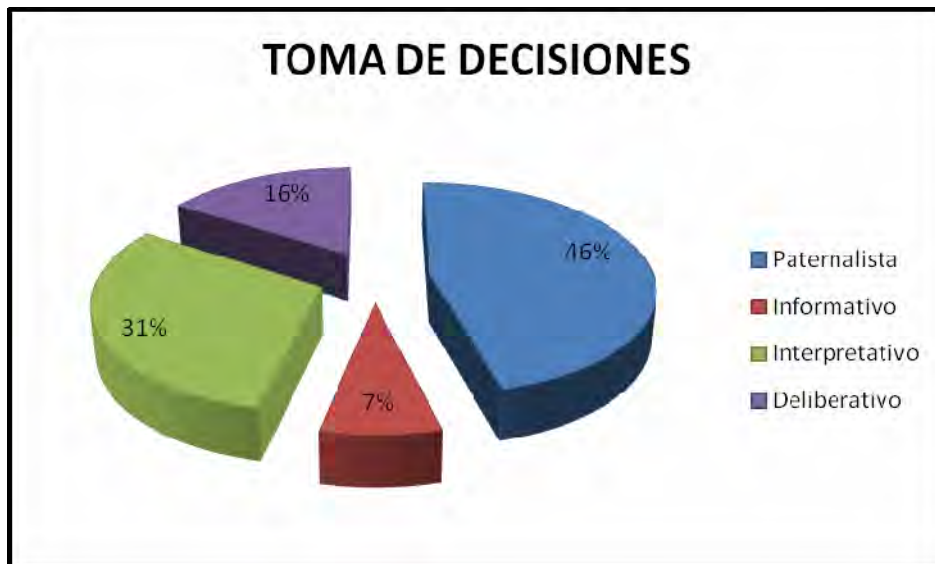
Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.2.13. TOMA DE DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO

Se encontró que 46% de los pacientes definieron esta toma de decisiones dentro del modelo paternalista, donde el paciente acepta lo que el médico ha elegido para él; el 31% se relaciono con el modelo interpretativo, donde a pesar de que el médico lo ha orientado, es el mismo médico el que termina decidiendo que tratamiento se va a implementar; 16% refirió llegar a acuerdos con su médico lo cual lo sitúa dentro de un modelo deliberativo, mientras que 7% restante refirió ser él quien decide que tratamiento desea recibir, lo cual se relaciona con el modelo informativo, ver figura 15.

FIGURA 15

TOMA DE DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO



Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.2.14. INFLUENCIA DE LA RELACIÓN QUE EL PACIENTE LLEVA CON SU MEDICO Y SU INFLUENCIA SOBRE SU ESTADO DE SALUD

Se le preguntó a los pacientes si creían que la relación que llevaban con su medico influía sobre su estado de salud, encontrando que 80% de los pacientes dijeron si, mientras que el 20% restante dijo que no existía una influencia sobre su estado de salud, ver cuadro 11.

CUADRO 11

INFLUENCIA DE LA RELACION MEDICO PACIENTE SOBRE EL ESTADO DE SALUD

INFLUENCIA	Frecuencia	Porcentaje
si	120	80.0
no	30	20.0
Total	150	100.0

Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

De los pacientes que contestaron afirmativamente a esta pregunta, es de notar que coinciden en que la influencia esta determinada por los consejos, orientación y confianza que tienen en su médico.

“Porque me aconseja en el tratamiento mas efectivo para el padecimiento que llegue a tener, así como me orienta para cuidar mejor mi estado de salud”

“Porque teniendo un mejor entendimiento y comprensión se llega a un mejor éxito”

“Porque me da la confianza de que me revise y me recete”

“Me orienta y me dice que es lo mejor para mi”

“Eleva mi nivel de confianza, respecto al tratamiento que el sugiere, lo cual influye en la mejoría de mi estado de salud”

“Porque si es buena me dará confianza”

“Por el grado de confianza que yo siento hacia él. Su actitud es importante”

“Por la confianza que te proporciona”

“Nos pone atención, me trata bien, se preocupa por mi salud”

“Por que se preocupa por nosotros y nos ayuda a mejorar”

“Me hace sentir confianza y tranquilidad”

3.3 CARACTERÍSTICAS QUE DEBEN O DEBIERAN ESTAR PRESENTES EN LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE

Con respecto a las características que deben o deberían estar presentes en la relación médico paciente, los médicos mencionaron el tiempo, respeto, la comunicación y a la empatía como características importantes de la relación médico-paciente, a este mencionan:

“La empatía mejora la confianza y la comunicación”

“La empatía para poder entender y comprender al paciente en su entorno y poder lograr que el paciente logre adherencia a su tratamiento”

“Empatía mejora la comunicación, facilita la relación con el paciente”

“Saber escuchar, al paciente le gusta que lo escuchen”

“Dejar hablar al paciente, comunicarse en forma adecuada y explicarle el tratamiento integral, que debe seguir”

“La honestidad y la comunicación, porque así ganamos la confianza de nuestro paciente, el cual coopera e interviene con su tratamiento”

“Comunicación, confianza y apego al tratamiento”

“Respeto al paciente, porque se respeta su sentir, sus necesidades, sus costumbres que son muy importantes para el paciente”

“Tiempo ya que con una anamnesis más profunda podríamos llegar a un mejor diagnóstico, tratamiento y causa de su padecimiento”.

Por su parte la mayoría de los pacientes mencionaron a la confianza como parte importante de la relación que llevan con su médico:

“La confianza, a veces con solo verlo ya me siento mejor”

“La confianza, ya que esto me ayuda a creer en mi médico y aceptar los que me dice”.

“Confianza, le creo lo que dice”

“El trato afectivo y el escucharme”

“Confianza, porque me escucha y me entiende”

“Su amistad y profesionalismo ya que es un gran médico y le da seguimiento y atención real a nuestros padecimientos”

“La confianza que brinda a sus pacientes”

“Confianza, porque me escucha adecuadamente para llegar a un acuerdo relacionado con mi salud”

“La confianza que proyecta, es una condición fundamental para que yo siga acudiendo a mis consultas”

“El médico debe escuchar al paciente y tener una buena comunicación con el paciente”

“... el sentimiento de confianza que el proporcione, el que merecemos todos los pacientes”

3.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS.

3.4.1 EDAD DEL PACIENTE Y SU RELACIÓN CON EL ROL DEL MÉDICO

Como se puede observar en el cuadro 12, la edad de los pacientes guardó relación con la manera en que definieron a su médico dentro de un modelo de relación médico-paciente, el 55.8% de los pacientes que eligieron el modelo informativo como manera de definir a su médico se encuentran entre 29 y 38 años de edad, por su parte los pacientes mayores de 59 años definieron a su médico dentro del modelo paternalista, donde el trabajo del paciente consiste en cooperar con los consejos del médico; es decir, hacer lo que se le manda.

En el modelo paternalista, el médico es visto como un guardián de la salud, lo cual podría estar determinado no solo por la edad del paciente sino también como una manera en la cual el médico debe salvaguardar la salud ante cualquier enfermedad que el paciente refiera, ya que de manera tradicional el paciente cree en aquello que el médico le dice. Es interesante notar el cambio en la percepción de la relación médico paciente según la edad, en las generaciones mayores prevalece el modelo paternalista, mientras que los más jóvenes tienen expectativas distintas de su médico, lo que muestra la transición que está teniendo lugar de un modelo a otro.

CUADRO 12

EDAD DEL PACIENTE Y SU RELACION CON EL ROL DEL MEDICO

EDAD	No DE CASOS	MODELO PATERNALISTA	MODELO INFORMATIVO	MODELO INTERPRETATIVO	MODELO DELIBERATIVO
18-28	20	5%	40%	35%	20%
29-38	43	16.2%	55.8%	33.3%	4.6%
39-48	37	48.5%	10.8%	34.4%	8.1%
49-58	18	44.4%	22.2%	16.6%	16.6%
59-68	27	55.5%	11.1%	14.8%	18.5%
69-77	5	20%	-	20%	60%
total	150	31.6%	23.3%	25.6%	21.3%

FUENTE: Trabajo de investigación. Modelos de Relación Médico-Paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

3.4.2 GÉNERO DE LOS PACIENTES Y ROL DEL MEDICO

Como se puede observar en el cuadro 13, el género femenino prefiere un médico que adopte un modelo paternalista, dado tal vez por las expectativas que deposita en el médico, donde por lo regular las pacientes femeninas aceptan de mejor manera la autoridad. Esto puede deberse a la cultura que tiende a ser protectora con el género femenino. Por su parte el género masculino divide su preferencia entre médicos que adopten un modelo paternalista y un modelo informativo.

CUADRO 13
GÉNERO DE LOS PACIENTES Y ROL DEL MEDICO

GÉNERO	ROL DEL MEDICO				Total
	Paternalista	Informativo	Interpretativo	Deliberativo	
Masculino	18	18	14	5	55
Femenino	32	25	23	15	95
Total	50	43	37	20	150

Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.4.3 GÉNERO Y ROL DEL MEDICO

En el cuadro 14, encontramos que los médicos del género masculino en su mayoría se definieron dentro un modelo interpretativo, donde se ven así mismos como asesores de la salud, mientras que las médicas se definieron dentro de un modelo deliberativo donde se ven como amigas de los pacientes, lo cual en cierta medida les permite involucrarse y ganarse la confianza de los pacientes. Sin embargo hay que destacar que no se pueden comparar ambos grupos ya que la proporción entre masculino y femenino no son iguales.

CUADRO 14
GENERO Y ROL DEL MEDICO

GÉNERO DEL MÉDICO	ROL COMO MÉDICO			Total
	Informativo	Interpretativo	Deliberativo	
Masculino	4	5	1	10
Femenino	1	1	2	4
Total	5	6	3	15

Fuente: trabajo de investigación Modelos de Relación médico-paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE

3.4.4 ROL DEL MÉDICO: PERCEPCION DE PACIENTES Y MÉDICOS

La manera en que los pacientes definieron a su médico, no se relacionó con la manera en que el médico definió su rol frente a los pacientes. En general los pacientes definieron al medico dentro de un modelo paternalista en un 33.3% de los casos, seguido del modelo informativo con un 28.7%. Por su parte 35.7% de los médicos se definieron dentro de un modelo informativo, así como en el mismo porcentaje dentro del modelo interpretativo, solo el 21.4% de los médicos se definieron dentro de un modelo deliberativo y el 7.1% restante dentro del modelo paternalista.

Esto puede ser debido a que el paciente percibe que en la relación con su médico, éste último actúa tranquilizándolo y fomentando los mejores intereses para él. El médico por su parte se percibe así mismo como un prestador de servicios, determinado tal vez por la institución para la cual trabaja, donde los tiempos destinados a la consulta hacen trate de proporcionar al paciente la información necesaria para su atención y cubrir con ello los requisitos institucionales. Es importante notar que para cada paciente y para cada médico, la relación representa significados diferentes, ya que se ve influida por la percepción y la experiencia de cada participante, lo cual vemos resumido en el cuadro 15.

CUADRO 15
ROL DEL MEDICO: PERCEPCION DE PACIENTES Y MEDICOS

FOLIO DEL MEDICO	PERCEPCION DEL MEDICO	PERCEPCION DEL PACIENTE			
		MODELO PATERNALISTA	MODELO INFORMATIVO	MODELO INTERPRETATIVO	MODELO DELIBERATIVO
1	Informativo	20%	20%	50%	10%
2	Informativo	50%	-	50%	-
3	Interpretativo	50%	20%	30%	-
4	Interpretativo	20%	50%	30%	-
5	Informativo	40%	-	-	60%
6	-	50%	10%	20%	20%
7	Paternalista	20%	20%	10%	50%
8	Interpretativo	-	50%	50%	-
9	Deliberativo	20%	50%	30%	-
10	Interpretativo	50%	10%	30%	10%
11	Deliberativo	30%	40%	10%	20%
12	Interpretativo	60%	40%	-	-
13	Informativo	60%	20%	10%	10%
14	Informativo	10%	80%	10%	-
15	Deliberativo	20%	20%	40%	20%
total		33.3%	28.7%	24.7%	13.3%

FUENTE: Trabajo de investigación. Modelos de Relación Médico-Paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

3.4.5 AUTONOMIA: PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS Y LOS PACIENTES.

En este trabajo la percepción de autonomía entre médicos y pacientes, como se puede observar en el cuadro 16, coincidió, ya que tanto médicos como pacientes percibieron la autonomía dentro de un modelo paternalista. Esto se refleja en la respuesta mayoritaria donde se señala que el médico es un guía que permite mejorar la salud; por lo que la autonomía pareciera no ser relevante para poder otorgar una buena atención médica.

CUADRO 16

AUTONOMIA: PERCEPCION DE LOS MEDICOS Y LOS PACIENTES

FOLIO DEL MEDICO	PERCEPCION MEDICO	PERCEPCION DEL PACIENTE			
		MODELO PATERNALISTA	MODELO INFORMATIVO	MODELO INTERPRETATIVO	MODELO DELIBERATIVO
1	Paternalista	40%	-	20%	40%
2	Paternalista	40%	40%	10%	10%
3	Paternalista	40%	10%	30%	20%
4	Informativo	20%	40%	30%	10%
5	Deliberativo	80%	-	10%	10%
6	-	60%	10%	-	30%
7	Deliberativo	30%	-	20%	50%
8	Paternalista	30%	50%	-	20%
9	Deliberativo	40%	10%	20%	30%
10	Paternalista	40%	10%	-	50%
11	Paternalista	40%	20%	10%	30%
12	Deliberativo	60%	30%	10%	-
13	Deliberativo	20%	-	50%	30%
14	Informativo	50%	30%	10%	10%
15	Paternalista	20%	20%	-	60%

FUENTE: Trabajo de investigación. Modelos de Relación Médico-Paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

3.4.6 DIRECCION DE LA CONSULTA: PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS Y SUS PACIENTES

La correlación entre la percepción del médico y del paciente en relación con la manera en que se dirige la consulta, definido dentro de los modelos de relación médico-paciente, como la manera en que se permite la expresión del motivo de consulta, se puede observar en el cuadro 17. Se encontró que el 50% de los médicos y el 36% de los pacientes coinciden en el modelo deliberativo, donde el paciente expresa libremente sus molestias y el médico lo comprende y acompaña en el proceso de curación.

CUADRO 17

DIRECCION DE LA CONSULTA: PERCEPCION DE LOS MEDICOS Y SUS PACIENTES

FOLIO DEL MEDICO	PERCEPCION MEDICO	PERCEPCION DEL PACIENTE			
		MODELO PATERNALIST A	MODELO INFORMATIVO	MODELO INTERPRETATIVO	MODELO DELIBERATIVO
1	Deliberativo	10%	40%	40%	10%
2	Paternalista	20%	40%	20%	20%
3	Informativo	10%	30%	30%	30%
4	Interpretativo	30%	30%	40%	-
5	Deliberativo	-	-	20%	80%
6	-	10%	10%	10%	70%
7	Deliberativo	-	-	30%	70%
8	Informativo	10%	10%	50%	30%
9	Deliberativo	10%	10%	40%	40%
10	Informativo	-	30%	30%	40%
11	Deliberativo	40%	10%	30%	20%
12	Deliberativo	30%	10%	10%	50%
13	Deliberativo	30%	-	40%	30%
14	Informativo	50%	20%	10%	20%
15	Informativo	10%	40%	20%	30%
Total		17.3%	18.6%	28%	35.3%

FUENTE: Trabajo de investigación. Modelos de Relación Médico-Paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

3.4.7 PERCEPCIÓN DEL MÉDICO Y DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE EMPATÍA

En el cuadro 18 se puede observar, la manera en que médicos y pacientes, perciben la presencia o no de empatía en la relación que llevan con su médico; 42.8% de los médicos refirieron compartir las experiencias y sentimientos del paciente, ponerse en su lugar, y ver el mundo a través de él, lo cual se relaciona con la definición propia de la empatía. Sin embargo el mismo porcentaje se presenta para la definición de simpatía, lo cual no permite hacer una adecuada discriminación de los conceptos, debido tal vez a una confusión de términos. Por su parte sólo el 18% de los pacientes coincidieron con los médicos, al decir que existe la empatía dentro de la relación que llevan con su médico. La mayoría de los pacientes perciben que en el desarrollo de la consulta lo relevante es compartir con él sentimientos, ideas y experiencias, propias del paciente, lo cual define a la simpatía. Es importante hacer notar y preocupante a la vez, que para algunos pacientes el médico no se interesa por entender sus experiencias personales, lo cual se percibe como una falta total de empatía.

CUADRO 18

PERCEPCION DEL MÉDICO Y DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE EMPATÍA

FOLIO DEL MEDICO	PERCEPCIÓN DEL MEDICO (n=14)	PERCEPCION DEL PACIENTE (n=150)			
		EMPATIA	SIMPATIA	NO EMPATIA	APECTO
1	Empatía	20%	50%	-	30%
2	Afecto	50%	40%	-	10%
3	Simpatía	10%	60%	10%	20%
4	Empatía	10%	40%	50%	-
5	Empatía	20%	40%	-	40%
6		-	30%	-	70%
7	Empatía	40%	40%	-	20%
8	Empatía	10%	60%	60%	-
9	Afecto	10%	50%	10%	30%
10	Simpatía	50%	40%	-	10%
11	Empatía	-	40%	40%	20%
12	Simpatía	-	70%	20%	10%
13	Simpatía	40%	40%	-	20%
14	Simpatía	-	40%	60%	-
15	Simpatía	10%	30%	20%	40%

FUENTE: Trabajo de investigación. Modelos de Relación Médico-Paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

3.4.8 ACUERDOS AL FINAL DE LA CONSULTA: PERCEPCIÓN DEL MÉDICO Y LOS PACIENTES

Al final de la consulta, médico y paciente, idealmente deben tratar de llegar a acuerdos para posteriormente poder tomar decisiones compartidas sobre el tratamiento. En el cuadro 19 se observa que 64.2% de los médicos mencionan dar opciones de tratamiento y ayudar al paciente a determinar y elegir lo mas apropiado para él, por medio de una decisión compartida, lo cual se relaciona con un modelo deliberativo. Por su parte solo el 24% de los pacientes coincidieron con los médicos, ya que 48% de los pacientes perciben que el médico les dice lo que tienen que tomar para sentirse mejor, lo cual se relaciona con el modelo paternalista donde el médico decide de manera unilateral lo que el paciente debe de hacer por lo que no es necesario llegar a acuerdos. Un 15% de los pacientes mencionó que el médico le informa sobre su padecimiento y le pregunta el tratamiento que prefiere lo cual se relaciona con un modelo de tipo informativo, donde de igual manera no es necesario llegar a un acuerdo con el médico por que el propio paciente en consonancia con sus valores decide lo mejor para él. De manera general, en este caso no existe concordancia entre lo que dice el médico y lo que dice el paciente; sin embargo, es de notar que los médicos que se definieron dentro de un modelo paternalista se vinculan con la percepción que sus pacientes tienen acerca de él. Lo cual podría estar determinado por la manera de percibir al médico como el poseedor del conocimiento, y por lo tanto no debiesen dudar de él.

**CUADRO 19
ACUERDOS AL FINAL DE LA CONSULTA: PERCEPCIÓN DEL MÉDICO Y LOS PACIENTES.**

FOLIO DEL MEDICO	PERCEPCION MEDICO	PERCEPCION DEL PACIENTE			
		MODELO PATERNALISTA	MODELO INFORMATIVO	MODELO INTERPRETATIVO	MODELO DELIBERATIVO
1	Deliberativo	60%	-	20%	20%
2	Paternalista	50%	10%	20%	20%
3	Paternalista	40%	10%	40%	10%
4	Deliberativo	40%	40%	-	20%
5	Deliberativo	80%	10%	-	10%
6	-	80%	10%	10%	-
7	Deliberativo	40%	20%	20%	20%
8	Deliberativo	10%	-	20%	70%
9	Deliberativo	50%	-	10%	40%
10	Interpretativo	40%	30%	-	30%
11	Interpretativo	80%	20%	-	-
12	Deliberativo	40%	10%	-	50%
13	Deliberativo	30%	10%	20%	40%
14	Paternalista	50%	10%	30%	10%
15	Deliberativo	40%	40%	-	20%

FUENTE: Trabajo de investigación. Modelos de Relación Médico-Paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

3.4.9 TOMA DE DECISIONES: PERCEPCIÓN DEL MÉDICO Y LOS PACIENTES

En cuanto a la manera en que se toman las decisiones sobre el tratamiento, se puede observar que no existe coincidencia entre lo dicho por los médicos y lo mencionado por los pacientes, ya que 42.8% de los médicos, mencionaron llegar a acuerdos con el paciente, lo cual les permite a ambos comprometerse con el tratamiento lo cual se relaciona con el modelo deliberativo, mientras que solo el 16% de los pacientes mencionan al modelo deliberativo como la manera de tomar decisiones sobre el tratamiento; en contraparte 46% de los pacientes refirió aceptar lo que el médico ha elegido para él, lo cual se relaciona con un modelo paternalista. Con estos resultados, los cuales se pueden observar en el cuadro 20, se puede decir que los pacientes pareciera que no desean tomar decisiones sobre su tratamiento y prefieren que el médico sea el que asuma esa responsabilidad.

CUADRO 20

TOMA DE DECISIONES: PERCEPCION DEL MÉDICO Y PERCEPCION DE LOS PACIENTES

FOLIO DEL MEDICO	PERCEPCION MEDICO	PERCEPCION DEL PACIENTE			
		MODELO PATERNALISTA	MODELO INFORMATIVO	MODELO INTERPRETATIVO	MODELO DELIBERATIVO
1	Deliberativo	50%	-	40%	10%
2	Interpretativo	30%	10%	50%	10%
3	Interpretativo	30%	10%	40%	20%
4	Deliberativo	40%	10%	50%	-
5	Deliberativo	50%	-	50%	-
6	-	80%	-	20%	-
7	Paternalista	20%	-	50%	30%
8	Interpretativo	30%	20%	-	50%
9	Deliberativo	50%	20%	20%	10%
10	Deliberativo	20%	20%	50%	10%
11	Deliberativo	50%	-	30%	20%
12	Interpretativo	70%	10%	-	20%
13	Interpretativo	60%	-	10%	30%
14	Paternalista	70%	-	20%	10%
15	Informativo	40%	10%	30%	20%

FUENTE: Trabajo de investigación. Modelos de Relación Médico-Paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

3.4.10 INFLUENCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE SOBRE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES: PERCEPCIÓN DEL MEDICO Y PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES

Acerca de la influencia de la relación médico-paciente sobre la evolución clínica de los pacientes se encontró que 92.8% de los médicos contestaron que si existe tal influencia, solo un médico negó esta concepción. Por su parte 85.8% de los pacientes perciben que la relación que llevan con su médico si influye sobre su evolución clínica, y el 14.2% restante mencionó que no existe tal influencia. Esto se puede observar en el cuadro 21. Es preciso notar que los pacientes del médico que dijo que no existía tal influencia, dividieron su opinión en un 50% para cada respuesta.

CUADRO 21

INFLUENCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE SOBRE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES: PERCEPCIÓN DEL MEDICO Y PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES

MEDICO	PERCEPCIÓN DEL MÉDICO	PERCEPCION DE LOS PACIENTES	
		SI EXISTE INFLUENCIA	NO EXISTE INFLUENCIA
1	SI	80%	20%
2	SI	90%	10%
3	SI	90%	10%
4	SI	60%	40%
5	SI	90%	10%
6	-	100%	-
7	SI	100%	-
8	SI	100%	-
9	SI	80%	20%
10	SI	100%	-
11	SI	50%	50%
12	SI	80%	20%
13	SI	90%	10%
14	NO	50%	50%
15	SI	40%	60%
total		85.8%	14.2%

FUENTE: Trabajo de investigación. Modelos de Relación Médico-Paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

3.4.11 TIEMPO DE CONOCER AL MEDICO Y LA INFLUENCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE SOBRE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES

El tiempo que tiene el paciente de conocer a su médico varió de 1 a 15 años en total, y como se puede observar en el cuadro 22 pareciera que existen 3 etapas durante la relación medico-paciente, donde se marca la influencia de la relación sobre la evolución clínica de los pacientes, ya que a medida que pasan los años de conocer al medico va en aumento la influencia sobre la salud-enfermedad del paciente con un pico máximo a los 5 años.

CUADRO 22

TIEMPO DE CONOCER AL MEDICO Y LA INFLUENCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE SOBRE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES

TIEMPO DE CONOCER AL MEDICO EN AÑOS	INFLUENCIA DE LA RELACION MEDICO PACIENTE SOBRE LA EVOLUCION CLINICA DE LOS PACIENTES		Total pacientes
	Si	no	
1	67.4%	32.2%	31
2	71.4%	28.6%	28
3	82.6%	17.4%	23
4	91.6%	8.4%	12
5	94.7%	5.3%	19
6	80%	20%	10
7	85%	15%	7
8	87%	13%	8
9	100%	0%	1
10	100%	0%	7
11	0%	100%	1
12	100%	0	1
15	50%	50%	2
Total	120	30	150

FUENTE: Trabajo de investigación. Modelos de Relación Médico-Paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

3.4.12 CARACTERÍSTICAS QUE DEBEN O DEBERIAN ESTAR PRESENTES EN LA RELACION MEDICO PACIENTE

En este trabajo destacan la confianza y la empatía como elementos importantes de la relación médico-paciente. La empatía, de acuerdo con los médicos, mejora la confianza y la comunicación. Por su parte los pacientes mencionan a la confianza como el elemento más importante de esta relación.

3.4.13 CARACTERÍSTICAS QUE DEBEN O DEBERIAN ESTAR PRESENTES EN LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE, SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LOS MEDICOS

En el cuadro 22, se puede observar la manera en que los médicos perciben la relación médico-paciente de manera general. El médico se ve a sí mismo como prestador de un servicio y de manera similar como un asesor de la salud, lo cual se relaciona con un modelo informativo e interpretativo respectivamente. La percepción que tiene el médico de sí mismo, puede estar determinado por la influencia de factores externos, como el tiempo destinado a la consulta, así como el hecho de que hoy en día el paciente sea visto como un usuario, con muchos derechos y a la vez capaz de generar quejas sobre la atención que recibe, por lo que el médico se ve en la necesidad de brindar una atención rápida pero eficaz y al mismo tiempo que satisfaga las necesidades del usuario.

En cuanto a la autonomía de los pacientes, pareciera que los médicos siguen renuentes a dar una completa autonomía al paciente, ya que en su mayoría prefieren seguir guiándolo para mejorar su salud, lo cual se relaciona con un modelo paternalista, donde la autonomía del paciente no es tomada en cuenta. Sin embargo, se puede observar que aunque pareciera que la mejor opción para permitir la completa autonomía del paciente sería el modelo informativo, los médicos además de guiar, buscan la manera de escuchar al paciente para llegar a acuerdos con él, lo cual se relaciona con un modelo deliberativo, donde la autonomía del paciente se encuentra presente aunque en menor grado que en el modelo informativo.

Los médicos perciben que la dirección de la consulta debe estar en sus manos y en menor grado en los pacientes, lo cual se relaciona con un modelo deliberativo. Aún cuando hay médicos que perciben que la manera en que se dirige la consulta debiera recaer primero en el paciente, pues al tratarse de un usuario, el papel del médico sería únicamente el de proporcionar la información requerida. Sin embargo, idealmente durante la consulta el paciente debería comunicar sus molestias al médico y este a su vez comprenderlo y acompañarlo durante el proceso de curación. En este caso, la comunicación propicia que ambos participantes compartan la manera de dirigir la consulta.

El médico percibe que la mejor manera de que el paciente se comprometa con el tratamiento, es por medio de una decisión compartida, lo cual se relaciona con el modelo deliberativo. En este caso en particular es importante notar que aunque la toma de decisiones sobre el tratamiento, si bien, se

encontró dentro de un modelo deliberativo, no fue en la misma frecuencia ni tampoco los mismos médicos, solo 4 médicos coincidieron en ambos casos.

Una parte importante de la relación médico-paciente, es la presencia de empatía, sin embargo, en este caso se puede observar que los médicos hacen referencia tanto al concepto de empatía como al de simpatía, lo cual podría ser debido a que de manera tradicional se ha enseñado que el médico debiese ser simpático y a la vez empático en la relación con sus pacientes.

CUADRO 22

CARACTERISTICAS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE. PERCEPCION DE LOS MEDICOS

MEDICO	ROL DEL MEDICO	AUTONOMIA DEL PACIENTE	DIRECCION DE LA CONSULTA	EMPATIA	ACUERDOS	TOMA DE DECISIONES
1	Informativo	Paternalista	Deliberativo	Empatía	Deliberativo	Deliberativo
2	Informativo	Paternalista	Paternalista	Afecto	Paternalista	Interpretativo
3	Interpretativo	Paternalista	Informativo	Simpatía	Paternalista	Interpretativo
4	Interpretativo	Informativo	Interpretativo	Empatía	Deliberativo	Deliberativo
5	Informativo	Deliberativo	Deliberativo	Empatía	Deliberativo	Deliberativo
6	-	-	-	-	-	-
7	Paternalista	Deliberativo	Deliberativo	Empatía	Deliberativo	Paternalista
8	Interpretativo	Paternalista	Informativo	Empatía	Deliberativo	Interpretativo
9	Deliberativo	Deliberativo	Deliberativo	Afecto	Deliberativo	Deliberativo
10	Interpretativo	Paternalista	Informativo	Simpatía	Interpretativo	Deliberativo
11	Deliberativo	Paternalista	Deliberativo	Empatía	Interpretativo	Deliberativo
12	Interpretativo	Deliberativo	Deliberativo	Simpatía	Deliberativo	Interpretativo
13	Informativo	Deliberativo	Deliberativo	Simpatía	Deliberativo	Interpretativo
14	Informativo	Informativo	Informativo	Simpatía	Paternalista	Paternalista
15	Deliberativo	Paternalista	Informativo	Simpatía	Deliberativo	Informativo

FUENTE: Trabajo de investigación. Modelos de Relación Médico-Paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

3.4.14 CARACTERÍSTICAS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE: PERCEPCION DE MEDICOS Y PACIENTES SEGÚN LOS MODELOS DE RELACION

Tomando en cuenta los modelos de relación médico-paciente descritos por Linda y Ezequiel Emanuel en 1992, y los resultados obtenidos en este trabajo se puede decir que la percepción de los médicos no es la misma que la percepción de los pacientes. Aunque los médicos se perciben en diferentes modelos, dependiendo de la variable estudiada, los pacientes los perciben de una manera más uniforme, centrándolos en un modelo paternalista, como se puede observar en el cuadro 23.

Los pacientes siguen viendo al médico como el guardián de su salud, como un guía que les permite expresarse libremente, una relación donde son comprendidos y comparten sus sentimientos, ideas y experiencias, al mismo tiempo que se sienten acompañados durante el proceso de la enfermedad que les aqueja, depositando en el médico su confianza, y aceptando lo que les dice para sentirse mejor.

CUADRO 23
CARACTERISTICAS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE
PERCEPCION DE MÉDICOS Y PACIENTES
SEGÚN LOS MODELOS DE RELACION

CARACTERISTICAS DE LA RELACION	PERCEPCION DEL MEDICO	PERCEPCION DEL PACIENTE
ROL DEL MEDICO	Informativo interpretativo	Paternalista
AUTONOMIA DEL PACIENTE	Paternalista	Paternalista
DIRECCION DE LA CONSULTA	Deliberativo	Deliberativo
EMPATIA	Empatía/Simpatía	Simpatía
ACUERDOS	Deliberativo	Paternalista
TOMA DE DECISIONES	Deliberativo	Paternalista

FUENTE: Trabajo de investigación. Modelos de Relación Médico-Paciente utilizados en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

4. DISCUSIÓN

La principal limitación del estudio es que los datos se obtuvieron a través de un cuestionario auto administrado, ya que hizo falta la validación estadística del cuestionario y con una incapacidad para la generalización de los datos, lo cual limita el análisis a un universo pequeño y sólo representativo para la clínica. Sin embargo, los datos correspondieron a 14 médicos y 150 pacientes adscritos a la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

La literatura¹¹, señala que los pacientes jóvenes suelen ser mas asertivos y demandantes sobre la atención que reciben, por lo que prefieren conocer información relevante sobre su padecimiento, lo cual concuerda con lo encontrado en este trabajo, ya que el 55.8% de los pacientes que eligieron el modelo informativo como manera de definir a su médico se encuentran entre 29 y 38 años de edad. Por su parte los pacientes mayores de 59 años definieron a su médico dentro de un modelo paternalista, donde el trabajo del paciente consiste en cooperar con los consejos del médico; es decir, hacer lo que se le indica. Esta forma tradicional según la literatura funciona mejor con los pacientes de mayor edad los cuales aceptan en buen grado la autoridad.

Aún cuando, la literatura¹¹ dice que el paciente ha ido adquiriendo comportamientos de consumidor, visto como un usuario y a su vez identificando al médico como prestador de un servicio, en este trabajo los pacientes siguen prefiriendo un médico que adopte un rol paternalista; por su parte, los médicos, tal vez congruentes con la mercantilización se definen dentro del modelo informativo.

Numerosos estudios⁸ han mostrado que el sexo del médico modula algunos elementos importantes de la relación médico-paciente, estos mencionan que las médicas, mantienen consultas más largas, proporcionan más información y presentan un modelo de relación tipo paternalista, lo cual no coincide con lo encontrado en este trabajo, ya que las médicas se definieron dentro de un modelo deliberativo. Sin embargo, no se puede comparar con los estudios realizados ya que la cantidad de mujeres en este estudio fue de sólo 4 médicas.

El principio de autonomía²¹, se expresa como respeto a la capacidad de decisión de los pacientes y propone tomar en cuenta sus preferencias en cuestiones relacionadas con su salud, lo cual no se ve reflejado en los resultados obtenidos en este trabajo, ya que tanto médicos como pacientes la percibieron dentro de un modelo paternalista, donde la autonomía del paciente no es relevante para otorgar la atención médica.

La manera en que se dirige el inicio de la consulta, dentro del modelo deliberativo, permite al paciente expresar libremente sus molestias y al mismo tiempo el médico comprende los sentimientos del paciente

y lo acompaña en el proceso de curación. Tanto médicos como pacientes coincidieron que el ejercicio del modelo deliberativo es la mejor opción para dirigir la consulta. De la misma manera, la literatura señala que la mayoría de los pacientes desean sentir que el médico los apoya y los escucha, esperando así una atención más personalizada.

En la relación médico-paciente se cruzan de manera consciente o inconsciente, sentimientos recíprocos de empatía o simpatía, los cuales, aunque algunas veces son difíciles de analizar de manera objetiva, ayudan a comprender mejor al paciente. En este trabajo, la mayoría de los médicos mencionaron que durante la consulta esta presente la empatía y los pacientes lo percibieron como presencia de simpatía, por lo que no se encontró relación entre las perspectivas de los médicos y los pacientes. Sin embargo, los resultados si coinciden con lo mencionado en la literatura, ya que algunos estudios¹⁸, han encontrado que la empatía es una parte importante de las relaciones interpersonales. En una relación afectiva de carácter emocional, las respuestas más relevantes se refieren al concepto de simpatía más que al de empatía y ambos conceptos, pueden distinguirse en diversas situaciones médicas, pudiendo coexistir, cada uno con una función independiente.

Se puede decir que los acuerdos a los que llegan los médicos con sus pacientes, guardan una relación estrecha con la manera en la que se toman las decisiones sobre el tratamiento. En este trabajo se encontró que aún cuando los médicos mencionan la importancia de una decisión compartida, lo cual les permite comprometerse en el proceso terapéutico, relacionado con el modelo deliberativo, los pacientes prefieren que el médico siga comportándose dentro de un modelo paternalista donde el médico elige lo que tiene que tomar y al mismo tiempo decida el tratamiento para él, dejando toda la responsabilidad en el médico. Estos hallazgos no se relacionan con lo mencionado en la literatura²² ya que en ella se menciona que tradicionalmente la relación médico-paciente ha sido paternalista, unilateral y que en las últimas 2 décadas esta idea ha sido reemplazada en aras del respeto a la autonomía del paciente, por la idea de una toma de decisiones compartida entre paciente y médico.

En cuanto a las características que deben o deberían estar presentes en la relación médico-paciente, los médicos hacen mención de la comunicación y la empatía como partes importantes de esta relación. Winnicot, citado por Martínez SC⁹ sostiene que lo que el paciente requiere del médico es, en primer término confiabilidad, de la misma manera. Chin, citado por Martínez SC⁹ comenta también que solo con la restauración del elemento de confianza en el compromiso entre el médico y el paciente, podrá ser restaurada el alma de la profesión médica y preservada ante los cambio tecnológicos y sociales, esto concuerda con lo encontrado en este trabajo ya que los pacientes mencionan a la confianza que depositan en su médico como parte importante de una buena relación médico-paciente.

En este trabajo tanto médicos como pacientes coinciden en que existe una influencia positiva de la relación médico-paciente sobre la evolución clínica de los pacientes, sin embargo, la influencia de esta

relación sobre la evolución clínica de los pacientes, ha sido estudiada desde la perspectiva de la satisfacción de los pacientes, donde se ha encontrado que una buena relación basada en la comunicación se traducirá en una mayor recuperación del estado de salud del paciente, de sus molestias y preocupaciones, así como una disminución en la insatisfacción de los pacientes, se destaca también la importancia de explorar y permitir que el paciente exprese sus expectativas y preferencias hacia las acciones y decisiones del médico para lograr el éxito del plan terapéutico.

De manera general, los médicos, se definieron como prestadores de un servicio, colocándolos en un modelo informativo, sin embargo cuando se habla de autonomía de los pacientes, los médicos caen nuevamente en un modelo paternalista donde la autonomía del paciente no guarda relación con la efectividad de los tratamientos, es de notar también que la dirección de la consulta desde la perspectiva de los médicos es dentro de un modelo deliberativo y se lleva a cabo por medio de acuerdos entre ambos participantes, así como la toma de decisiones; de igual manera la empatía y la simpatía se encuentran dentro de la relación médico-paciente como una parte importante de esta.

4.1 APLICABILIDAD PRÁCTICA Y CLINICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL, LOS EJES DE ACCION Y LAS AREAS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR

Dentro del perfil del médico familiar, se describen las características que debería reunir el buen médico familiar o general; se han establecido 5 áreas de práctica profesional del médico de familia: asistencial al individuo y a la familia, administrativa, educativa y de investigación. Dentro del área asistencial, el médico debe contar con conocimientos sobre atención primaria, perfil epidemiológico, modelos de abordaje de la atención primaria, conocimientos bioéticos, de ciencias sociales, estudio de salud familiar, informática y conocimientos sobre modelos de relación médico paciente³³.

Tomando como base lo anterior, la importancia del conocimiento de los modelos de relación médico-paciente y con lo encontrado en este trabajo, se puede decir que la actitud profesional del médico debe ser neutra, basarse en la empatía, lo cual le permite reconocer y evaluar las necesidades de sus pacientes, señalándoles sus errores y reconociendo sus aciertos. El éxito de la consulta del médico familiar a diferencia de otros especialistas estará determinada por la calidad de su relación con el paciente, la cual puede durar, días, meses e incluso durante toda la vida del paciente.

La relación médico-paciente que mantiene el médico familiar con sus pacientes es más importante que en otras especialidades, ya que existe una continuidad en la atención. En la medicina familiar la relación con los pacientes se extiende a través de meses e incluso años a lo largo de la vida del paciente, esto permite al médico una atención mas personalizada de esta manera el médico puede conocer detalles personales del paciente. De la misma manera el médico familiar debe mantener una visión realista y madura de la realidad, basada en la experiencia, con el fin de establecer y definir las características de su relación no solo con el paciente sino también con la familia.

5. CONCLUSIONES

Es sabido que la relación médico-paciente, se ha visto afectada por diversas circunstancias; sin embargo, se debería retomar la base humanística que tanto bien hizo en la antigüedad; el uso del avance tecnológico como una herramienta que permita interactuar mejor con el paciente, al mismo tiempo que son tomadas en cuenta sus vivencias y necesidades, se podrá elegir lo mejor para cada caso en específico, bajo el abrigo de un modelo de relación médico-paciente, donde el eje sea la comunicación. En esta recuperación del modelo humanista, en el cual el médico y el paciente tienen como base la confianza, es deber del médico propiciar el desarrollo personal de ambos y en consecuencia el crecimiento profesional de médico.

La relación médico-paciente, se ha considerado como uno de los pilares esenciales del ejercicio médico, esta ha ido evolucionando, principalmente en lo que se refiere a los conceptos del papel que desempeña el paciente. Dentro de esta relación, el médico interactúa no sólo con el paciente si no también con su familia. Esta interacción, es un proceso de comunicación entre personas, por lo que para cada médico y para cada paciente puede representar un significado distinto, ya que la relación se ve influida por la percepción y la experiencia de cada uno de los participantes.

Con la finalidad de identificar la manera en la que se distribuye el poder y la responsabilidad del médico y del paciente, se han descrito distintos modelos de relación médico-paciente. De acuerdo con los modelos de relación médico-paciente, descritos en 1992 por Linda y Ezequiel Emanuel, los cuales se tomaron como base para realizar el cuestionario dirigido a los médicos, y pacientes, donde cada pregunta hace alusión a las características principales de la relación entre médico y paciente (rol del médico, autonomía del paciente, manera de dirigir la consulta, acuerdos a los que llegan con los pacientes y la toma de decisiones sobre el tratamiento), y donde las respuestas se relacionan con un modelo de relación en particular, y retomando el objetivo general de este trabajo que fue Identificar las características de la relación médico-paciente más frecuentemente utilizadas en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE a partir de los modelos propuestos por Ezequiel y Linda Emanuel, se encontró que, de acuerdo a la percepción de los médicos, el modelo que más se adapta a ellos es el modelo deliberativo, lo cual se relaciona con la hipótesis de este trabajo. Sin embargo, al analizar las diferentes características de la relación y de acuerdo con los objetivos específicos de este trabajo se encontró que los médicos se definieron en su mayoría como prestadores de servicios por lo que su rol frente a los pacientes los sitúa dentro de un modelo informativo. En cuanto a la autonomía del paciente, los médicos se percibieron dentro de un rol paternalista, donde la autonomía del paciente no cobra gran importancia durante la relación médico-paciente. En la forma de dirigir la consulta se situaron dentro de un modelo deliberativo, donde tanto médico como paciente interactúan y modulan la manera de dirigir la consulta. De la misma manera, el modelo deliberativo permite llegar a acuerdos entre médico y paciente

y al mismo tiempo una toma de decisiones compartida. Con estos datos se puede decir que no existe un modelo único utilizado por los médicos. Con relación con la empatía, la mayoría de los médicos coincidieron en que durante la consulta, la empatía y la simpatía forman parte importante de la relación médico-paciente. De acuerdo con los médicos, se identificó que el respeto, la comunicación y la empatía, son las características más importantes de la relación médico-paciente. Por su parte los pacientes mencionaron a la confianza como elemento fundamental para la relación médico-paciente. Se identificó que la relación médico-paciente, si tiene una influencia sobre la evolución clínica de los pacientes y de acuerdo con los pacientes esto se debe en gran medida a la confianza que depositan en su médico.

Como se vio en este trabajo un elemento importante para el paciente es la confianza, la cual permite que la relación que tiene con el médico se fortalezca. Para que esto se lleve a cabo de la mejor manera, el médico debe evitar ver al paciente como un usuario, debe tratar al paciente como persona, haciendo uso de la empatía, es decir, ponerse en su lugar, para así poder proporcionarle explicaciones lógicas, comprensibles, objetivas y al mismo tiempo tranquilizadoras.

Los resultados encontrados en este trabajo, permiten observar que la relación médico-paciente, tiene dos vertientes, una que es la perspectiva del médico y otra es la perspectiva de los pacientes; mientras que el médico se ve así mismo como un prestador de servicios, el paciente sigue esperando de su médico una atención mas personalizada, con bases paternalistas y con una búsqueda de la confianza como parte importante de la relación que lleva con su médico.

Aún cuando el paciente se ha transformado de un ser dependiente a una persona mas autónoma, con deseos de tomar decisiones y jugar un papel más activo en la relación, sigue depositando en el médico la responsabilidad de estas decisiones, ya que sigue viendo al médico como un guardián de su salud, que no sólo debe guiarlo, si no también informarlo, escucharlo y adecuar la atención de acuerdo a sus necesidades. Al mismo tiempo que busca llegar a acuerdos con el médico, el paciente espera que el médico lo comprenda y lo acompañe, compartiendo con él sentimientos, ideas y experiencias. Sin embargo, al final deja en el médico la toma de decisiones y acepta lo éste elige para él, aunque en algunos casos pareciera llegar a acuerdos sin realmente comprometerse en la toma de decisiones, dejando nuevamente que el medico sea el que de manera unilateral decida por él.

Los cambios en la relación médico paciente junto con el aparente surgimiento de un paciente que es visto como un usuario, pareciera que ha creado en el médico un cambio en su manera de percibir la relación con el paciente, queriendo dejar atrás el modelo paternalista³⁰, para dar paso a un nuevo modelo donde se combinen características relevantes descritas de cada modelo. Sin embargo, se ha dejado de lado la manera en que los pacientes quisieran que fuese su médico, ya que al paciente se le

pregunta únicamente por la satisfacción con los servicios de salud¹⁵, y no con la manera en que quisiera ser tratado desde el punto de vista de la relación médico-paciente.

No se puede decir que exista un modelo de relación médico-paciente bueno o malo, por lo cual se debe hacer un esfuerzo por reconocer que tipo de modelo se adapta mejor a cada paciente. El tipo de relación que se establezca dependerá de las características del paciente y el tipo de situación clínica que se esté presentando, de esta manera el modelo que se adopte, debe hacer énfasis en el respeto y participación mutua del médico y el paciente en la toma de decisiones, asociado a una visión del paciente, el cual ahora es más capaz y autónomo, a pesar de que este enfermo.

Con los datos obtenidos en este trabajo, y tomando en cuenta la perspectiva de los médicos se puede decir que en distintas circunstancias clínicas los modelos de relación medico-paciente pueden variar y en determinadas situaciones los cuatro modelos pueden coexistir, lo cual coincide con la hipótesis inicial de este trabajo, por lo que se puede sugerir un nuevo modelo con las siguientes características:

El médico es visto como prestador de un servicio y simultáneamente como un asesor de la salud. Es decir, es visto por el paciente como un guía para mejorar su salud al mismo tiempo que lo escucha para tratar de llegar a acuerdos con él, en un contexto donde el paciente expresa libremente sus molestias y el médico toma en cuenta sus deseos y necesidades, lo comprende y lo acompaña en el proceso de curación, entendiendo y compartiendo sus experiencias y sentimientos. De acuerdo con esto, el médico puede ver el mundo a través del paciente y a su vez le da opciones de tratamiento y orienta al paciente a determinar y elegir lo más apropiado para él, por medio de una decisión compartida. Con ello se busca el compromiso con el proceso terapéutico; tomando al mismo tiempo como base los 4 principios de la ética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia).

De la misma manera, lo encontrado en este trabajo, hace suponer que lejos de lo que piensan los médicos, el paciente aún desea encontrar en el actual al medico de antaño, sin embargo, los cambios en la sociedad y los avances en la ciencia hacen difícil este tipo de relación. Hoy en día es necesario que los pacientes tomen conciencia de los riesgos a los que están expuestos en relación con su salud y se hagan responsables de la misma, no dejar la toma de decisiones en manos únicamente del médico, sino mas bien formar una alianza con él que les permita implementar una búsqueda adecuada para mejorar no solo su enfermedad si no también preservar su salud; de la misma manera el objetivo del médico, se debiera centrar en utilizar los puntos fuertes de los cuatro modelos como la autonomía del paciente, llegar a acuerdos con él, lo cual permite una toma de decisiones compartida, basándose en la empatía y la confianza, lo cual ayudara al médico a proporcionar una mejor atención a los pacientes y sus familias.

6. REFERENCIAS

1. Sogi C, Zavala S, Oliveros M, Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *An Fac Med Lima*. 2006; 67(1):30-37.
2. Loayssa J, Ruiz R. Comportamiento profesional. Desde los dilemas y principios éticos a las actitudes, los valores y la disposición <<virtuosa>>. *Aten Primaria*.2006; 37(9):510-3.
3. Pimentel R. La entrevista clínica familiar para médicos en formación de la especialidad en medicina familiar -Propuesta metodológica-. Tesis, CS TIII Dr. José Castro Villagrana, México DF, 2003.
4. Sanso Soberats, Félix J. La motivación y el desempeño del equipo básico de salud en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Intergr.* (on line). Ene-feb. 2003, vol.19 no.1.
5. Morales MA, Ruvalcaba V, Montes M. La relación médico-paciente ¿una dimensión de la práctica clínica en peligro de extinción? *Rev Fac Med UNAM*.2006; 49(6):242-243.
6. Michael L, Parchman, Sandra K, Burge. The patient-Physician Relationship, Primary Care Attributes, and Preventive Services. *Family Medicine*.2004; 36(1):22-27.
7. Rodríguez S. La relación médico-paciente. *Rev Cubana Salud Pública*. 2006; 32(4).
8. Delgado A, López-Fernández L. Práctica profesional y género en atención primaria. *Gac Sanit*. 2004; 18(supl1):112-117.
9. Martínez C, Leal G. Sobre la calidad clínica de la atención: El problema de la relación médico-paciente. *An Med Asoc Med Hosp ABC*.2003; 48(4):242-254.
10. Tena TC. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Algunas reflexiones en torno. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (5): 407-413.
11. Lifshitz A. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. *Acta Médica Gpo Angeles*.2003; 1(1):59-65.
12. Rodríguez JG. La comunicación en la consulta de clínica general/medicina familiar. *Rev Internacional de medicina familiar*. 1989. 8-9: 24-26.
13. Gómez P, Sosa RC, Padrón AS, Sánchez GC, Herrera M. La comunicación humana en la relación médico paciente. Citado en www.monografias.com/trabajo15/medico-paciente/medico-paciente.5html

14. Pérez Gaspar M. Comunicación verbal y no verbal. Material proporcionado por el Dr. Ricardo Urbina Méndez.
15. Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Arch Med Fam, 2006; 8(2):137-143.
16. Pérez Gaspar M. Dinámica de la Relación médico enfermo=transferencia y contratransferencia. Citado en <http://psiquiatria.ho.galeon.com/manual/a3n3.htm>
17. Nieves B. La relación médico-paciente: concepto de empatía. Citado en: <http://ocenet.oceano.com/Salud/welcome.do?at=lp&prd=3&login=issste&password=is2812>
18. Mohammadreza Hojat, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. Am J Psychiatry 2002; 159(9):1563-1569.
19. Acerca de la comunicación médico-paciente: desde una perspectiva historia y antropológica. Rev Med Chile 2004; 132: 1431-1436. Citado en: www.scielo.org/scielotest.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872004001100014&lng=pt&nrm=iso - 38k .
20. Hasnberg, Olberth y Platts, Mark(comp). Responsabilidad y Libertad. UNAM, FCE. México. 2002.
21. Costa A, Almendro PC. Tema III Los principios de bioética: Autonomía. Citado en www.fisterra.com/formación/bioetica/autonomia.asp
22. Ocampo-Martínez J. La bioética y la relación médico-paciente. Cir Ciruj 2002; 70(1):55-59.
23. Hernández L. Relación Médico-Paciente y la calidad de la atención médica. Rev CONAMED. 2001; 9(20):25-29.
24. Emanuel JE, Emanuel LL MD. Four Models of the Physician Patient Relationship. JAMA. 1992; 267(16):2221-2226/http://foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=486

25. García C. Evolución de la relación médico-paciente ; de la medicina centrada en el médico a la medicina centrada en el paciente. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria. 2001 ; 4(4).
26. Frank A. La información en la relación médico-paciente. Neurol Supl 2005 ; 1(4)2-3 :18-19.
27. Zurro A. Martín y Cano Pérez J .F. Compendio de Atención Primaria. 2ª ed. Elsevier, España, 2005
28. El modelo biopsicosocial en evolución. Cita en
<http://ocenet.oceano.com/salud/welcome.do?at=lp&prd=3elogin=issste&password=152812>.
29. Louro BI. La familia en la determinación de la salud_ Rev Cubana Salud Pública.2003; 29(1):48-51.
30. La nueva relación (interacción) médico-paciente. citado en:
<http://www.edufuturo.com/educacion.php?c=3357>.
31. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia. Octubre 2000, nota aclaratoria 29, añadida en la 54ª Asamblea general de la AMM (Washington, Estados Unidos), en octubre de 2002.
32. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Secretaria de Salud, México, 1986.
33. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Código de Bioética en Medicina Familiar. 1ª Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Efectuados durante el 5º Coloquio Nacional y 3º Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar. 15-17 de Junio de 2005.
34. Arroyo AF. La relación médico-paciente: una visión plural. Citado en:
<http://www.espacioblog.com/humanidades-medicas/post/2007/08/18/la-relacion-medico-paciente-vision-plural>
35. Murzi H. La nueva relación médico-paciente._Gac Med Caracas. 1998; 106(2):151-154.
36. Ponce R, Gómez C, Irigoyen A. El tamaño de la muestra para proporciones con poblaciones mayores de 10000 elementos. Aten Fam 2007;14(2):44-53.

7. ANEXOS

VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICION)

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE LOS MÉDICOS

NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE O CÓDIGOS
Folio	Cuantitativa	Continua	Números enteros, consecutivos
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Sexo	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1= Masculino 2= Femenino
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	1= Soltero 2= Casado 3= Unión libre 4= Divorciado 5= Viudo
Grado academico	Cualitativa	Nominal	1= Médico General 2= Médico Familiar
Tiempo en el empleo	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Pregunta 6. Si pudiera definir su rol como médico frente a los pacientes, lo haría como. a) Guardian de la salud b) Prestador de un servicio c) Asesor de la salud d) Amigo de los pacientes	Cualitativa	Ordinal	1. Paternalista 2. Informativo 3. Interpretativo 4. Deliberativo
Pregunta 7. En su opinión a los pacientes se les debe: a) Informar sobre su estado de salud b) Dejar hablar y adecuar la atención de acuerdo a sus necesidades c) Escuchar para llegar a un acuerdo con relación a lo que es mejor para su salud d) Guiar, para mejorar la salud.	Cualitativa	Ordinal	1. Informativo 1. Interpretativo 2. Deliberativo 3. Paternalista
Pregunta 8. Al inicio de la consulta, el paciente: a) Le expresa sus molestias y usted toma en cuenta lo que desea para satisfacer sus necesidades b) Expresa libremente sus molestias y	Cualitativa	Ordinal	1. Interpretativo 2. Paternalista 3. Deliberativo 4. Informativo

<p>usted comprende sus sentimientos, acompañándolo en el proceso de curación.</p> <p>c) Le comunica sus molestias y usted lo interrumpe, dirigiendo las preguntas hacia el motivo de consulta, indicándole lo que debe de hacer.</p> <p>d) Habla y le pide datos acerca de su enfermedad, por lo que usted lo provee de toda la información posible</p>			
<p>Pregunta 9. Durante la consulta, usted:</p> <p>a) Entiende las experiencias y sentimientos del paciente poniéndose en su lugar, lo cual le permite ver el mundo a través de él.</p> <p>b) comparte sentimientos, ideas y experiencia con el paciente</p> <p>c) No se interesa por entender las experiencias personales de los pacientes ya que estas no se relacionan con la efectividad del tratamiento.</p> <p>d) Se involucra afectivamente con los pacientes, lo cual hace que los pacientes se sientan mejor.</p>	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empatía 2. Simpatía 3. Sin empatía 4. Afecto
<p>Pregunta 10. Al final de la consulta, usted:</p> <p>a) Informa al paciente sobre su padecimiento y le pregunta que tratamiento prefiere.</p> <p>b) Le da opciones de tratamiento y ayuda al paciente a determinar y elegir lo más apropiado para él, por medio de una decisión compartida.</p> <p>c) Le dice al paciente lo que tiene que tomar para sentirse mejor.</p> <p>d) Le explica al paciente lo que tiene y le pide su opinión para decidir el tratamiento.</p>	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informativo 2. Deliberativo 3. Paternalista 4. Interpretativo

Pregunta 11. En cuanto a la toma de decisiones sobre el tratamiento: a) Llega a acuerdos con el paciente, lo que les permite comprometerse con el tratamiento. b) Orienta al paciente y elige la mejor opción para él. c) El paciente decide que tratamiento desea recibir. d) El paciente acepta lo que usted ha elegido para él	Cualitativa	Ordinal	1. Deliberativo 2. Interpretativo 3. Informativo 4. Paternalista
Pregunta 12. De las características que deben o deberían estar presentes en la relación médico-paciente, ¿Cuál es la más importante? ¿Y porque?	Cualitativa	Ordinal	Textual
Pregunta 13. Cree usted, que la relación médico paciente, influye sobre la evolución clínica de sus pacientes	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Pregunta 14. ¿Por qué?	Cualitativa	Nominal	Textual

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE LOS PACIENTES

NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE O CÓDIGOS
Número de folio	Cuantitativa	Continua	Número de consultorio
Número de encuesta	Cuantitativa	Continua	Numero consecutivo del 1 al 10
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Sexo	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1= Masculino 2= Femenino
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	1= Soltero 2= Casado 3= Unión libre 4= Divorciado 5= Viudo
Escolaridad	Cuantitativa	Continua	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura

			5. Posgrado
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Empleado (a) 2. Estudiante 3. Ama de casa 4. Jubilado
Tiempo de conocer a su médico	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros
Motivo de consulta	Cualitativa	Nominal	Textual
Pregunta 8. Si pudiera definir a su médico, lo haría como: a) Guardian de su salud b) Prestador de un servicio c) Asesor de la salud d) Amigo de los pacientes	Cualitativa	Ordinal	1. Paternalista 2. Informativo 3. Interpretativo 4. Deliberativo
Pregunta 9. En su opinión el medico debería: a) Informarlo sobre su estado de salud b) Dejarlo hablar y adecuar la atención de acuerdo a sus necesidades c) Escucharlo para llegar a un acuerdo con relación a lo que es mejor para su salud d) Guiarme para mejorar mi salud.	Cualitativa	Ordinal	1. Informativo 2. Interpretativo 3. Deliberativo 4. Paternalista
Pregunta 10. Al inicio de la consulta, usted: a) Expresa sus molestias y el médico toma en cuenta lo que desea para satisfacer sus necesidades b) Expresa libremente sus molestias y el médico comprende sus sentimientos, acompañándolo en el proceso de curación. c) Le comunica sus molestias y el médico lo interrumpe, dirigiendo las preguntas hacia el motivo de consulta, indicándole lo que debe de hacer. d) Habla y le pide datos acerca de su enfermedad, por lo que el médico lo provee de toda la información posible	Cualitativa	Ordinal	1. Interpretativo 2. Deliberativo 3. Paternalista 4. Informativo
Pregunta 11. Durante la consulta, el médico:	Cualitativa	Ordinal	1. Empatía 2. Simpatía

<p>a) Entiende sus experiencias y sentimientos poniéndose en su lugar, lo cual le permite ver el mundo a través de usted.</p> <p>b) Comparte sus sentimientos, ideas y experiencia.</p> <p>c) No se interesa por entender sus experiencias personales ya que estas no se relacionan con la efectividad del tratamiento.</p> <p>d) Se involucra afectivamente con usted, lo cual hace que se sienta mejor.</p>			<p>3. No empatía</p> <p>4. Afecto</p>
<p>Pregunta 12. Al final de la consulta, el médico:</p> <p>a) Le informa sobre su padecimiento y le pregunta que tratamiento prefiere.</p> <p>b) Le da opciones de tratamiento y lo ayuda a determinar y elegir lo más apropiado para usted, por medio de una decisión compartida.</p> <p>c) Le dice lo que tiene que tomar para sentirse mejor.</p> <p>d) Le explica lo que tiene y le pide su opinión para decidir el tratamiento.</p>	Cuantitativa	Ordinal	<p>1. Informativo</p> <p>2. Deliberativo</p> <p>3. Paternalista</p> <p>4. Interpretativo</p>
<p>Pregunta 13. En cuanto a la toma de decisiones sobre el tratamiento:</p> <p>a) Llega a acuerdos con el médico lo que les permite comprometerse con el tratamiento.</p> <p>b) Permite que el médico lo oriente y elige la mejor opción para usted.</p> <p>c) Usted decide que tratamiento desea recibir.</p> <p>d) Acepta lo que el médico ha elegido para usted</p>	Cuantitativa	Ordinal	<p>1. Deliberativo</p> <p>2. Interpretativo</p> <p>3. Informativo</p> <p>4. Paternalista</p>
<p>Pregunta 14. De las características, que deben o debería estar presentes en la relación que lleva con su médico, ¿Cuál considera usted que es la más importante? Y ¿por qué?</p>	Cualitativa	Ordinal	Textual

Pregunta 15. Cree usted, que la relación que lleva con su médico, influye sobre su estado de salud:	Cualitativa	Nominal	4. Si 5. No
Pregunta 16. ¿Por qué?	Cualitativa	Nominal	Textual

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

ANEXO 3: CUESTIONARIO MEDICOS

PREGUNTA	DESCRIPCION	CONCEPTO	DEFINICION OPERATIVA
6	Evalua el rol que adopta el medico frente a los pacientes, en base a 4 respuestas cerradas que definen un rol en particular.	A través de los modelos de relación medico-paciente descritos en 1992 por Linda y Ezequiel Emmanuel, se pretende identificar el rol que juega el medico frente a los pacientes.	<p>a) Corresponde al modelo paternalista donde define al medico como un guardian de la salud</p> <p>b) Corresponde al modelo informativo donde el medico es visto como un prestador de servicios</p> <p>c) Corresponde al modelo interpretativo donde define al medico como un consejero y/o asesor de la salud de los pacientes</p> <p>d) Corresponde al modelo deliberativo donde define al medico como un maestro y/o amigo de los pacientes</p>
7	Por medio de esta pregunta cerrada que engloba las características de cada modelo de relación medico-paciente, se explora la autonomía del paciente durante la consulta	<p>El modelo paternalista hace referencia a que los pacientes deben ser guiados para mejorar su salud, de esta manera la autonomía del paciente queda totalmente anulada.</p> <p>En el modelo informativo el medico brinda información relevante al paciente sobre su estado de salud, permitiendo de esta manera que la autonomía se base en el control de las decisiones medicas por parte del paciente.</p> <p>El modelo interpretativo se basa en resolver las necesidades del paciente de acuerdo a sus valores y significados aquí la autonomía del paciente se limita un poco ya que el medico ayuda al paciente a entender y aplicar sus valores y significados.</p> <p>En el modelo deliberativo la concepción de autonomía del paciente se basa en el autodesarrollo moral, el paciente es</p>	<p>Cada inciso esta encaminado a las características de un modelo de relación medico-paciente en particular, correspondiendo como sigue:</p> <p>a) Informativo</p> <p>b) Interpretativo</p> <p>c) Deliberativo</p> <p>d) Paternalista</p>

		alentado a considerar a través del diálogo y acuerdos lo que es mejor para su salud.	
8	Esta pregunta evalúa la manera en que el médico dirige el inicio de la consulta, por medio de 4 preguntas cerradas, las cuales incluyen las diversas características de los modelos de relación médico-paciente	<p>En el modelo paternalista el paciente comunica al médico sus molestias y es interrumpido por el médico, el cual dirige sus preguntas hacia el motivo de consulta.</p> <p>En el modelo informativo el paciente habla y pide datos acerca de su enfermedad por lo que el médico lo provee de toda la información posible, por lo que es el paciente quien en cierto modo dirige la consulta a su conveniencia.</p> <p>En el modelo interpretativo el paciente expresa sus molestias y el médico toma en cuenta lo que el paciente desea para satisfacer las necesidades del paciente, por lo que la consulta es bidireccional.</p> <p>En el modelo deliberativo el paciente se expresa libremente y el médico comprende al paciente acompañándolo en el proceso de curación, por lo que la consulta es bidireccional en mayor sentido.</p>	<p>Cada inciso engloba las características que determinan la manera en que se dirige e inicia la consulta.</p> <p>a) Interpretativo b) Deliberativo c) Paternalista d) Informativo</p>
9	Explora la presencia de empatía en la relación médico-paciente, por medio de 4 respuestas cerradas, donde cada una define un concepto.	<p>La empatía se define como la habilidad del médico para recibir y decodificar la comunicación afectiva de los pacientes, supone la capacidad para ponerse en su lugar, y comprender objetivamente sus sentimientos y conductas. El dominio de la empatía involucra la habilidad de entender las experiencias y sentimientos de la otra persona y la capacidad de ver el mundo desde la perspectiva de la otra persona.</p> <p>La simpatía es la capacidad natural y espontánea, que supone compartir con otra persona sentimientos, ideas y experiencias.</p> <p>Cuando un médico no se interesa por entender las experiencias personales de los pacientes ya que estas no se relacionan con la efectividad del tratamiento estaríamos ante un caso</p>	<p>En esta pregunta cada inciso define el concepto de empatía, simpatía, afecto y falta de empatía, como sigue:</p> <p>a) Empatía b) Simpatía c) Falta de empatía d) Afecto</p>

		<p>contrario al de la empatía.</p> <p>Por otro lado el involucrarse afectivamente con los pacientes, permitiendo que estos se sientan mejor, debería considerarse como parte del afecto entre ambos participantes de la relación medico-paciente.</p>	
10	<p>Esta pregunta explora la manera en que el medico y el paciente llegan a acuerdos antes de finalizar la consulta, tomando en cuenta los 4 modelos de relación medico-paciente, por medio de 4 respuestas cerradas, que engloban las características de cada modelo.</p>	<p>En el modelo paternalista el medico le dice al paciente lo que tiene que tomar para sentirse mejor, por lo que en ningún momento llega a algún tipo de acuerdo con el.</p> <p>En el modelo informativo el medico informa al paciente acerca de su padecimiento y le pregunta acerca del tratamiento que este prefiere, por lo que tampoco se llega a un acuerdo en concreto.</p> <p>En el modelo interpretativo el medico explica al paciente lo que tiene y le pide su opinión para decidir el tratamiento a seguir, por lo cual, paciente y medico intentan llegar a acuerdos.</p> <p>En el modelo deliberativo, el medico le proporciona al paciente opciones de tratamiento y lo ayuda a determinar y elegir lo mas apropiado para el, por lo tanto los acuerdos son compartidos.</p>	<p>Cada inciso representa la presencia o no de acuerdos entre medico y paciente al final de la consulta relacionado cada uno de ellos a un modelo de relación medico paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Informativo b) Deliberativo c) Paternalista d) Interpretativo
11	<p>Esta pregunta explora cual de los participantes de la relación medico-paciente toma las decisiones concernientes al tratamiento, por medio de 4respuestas cerradas relacionadas de igual manera con</p>	<p>En el modelo de relación medico-paciente de tipo paternalista, el paciente acepta lo que el medico a elegido para el, por lo tanto la toma de decisiones recae completamente sobre el medico.</p> <p>En el modelo informativo el paciente es el que decide el tratamiento que desea, recayendo la toma de decisión en el.</p> <p>En el modelo interpretativo el medico orienta al paciente, pero la decisión al final la toma el medico con ayuda del</p>	<p>Cada inciso explora la manera en que se toman las decisiones en la relación medico-paciente, representando a cada uno de los modelos.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Deliberativo b) Interpretativo c) Informativo d) Paternalista

	los modelos de relación medico-paciente.	paciente. En el modelo deliberativo el medico llega a acuerdos con el paciente por lo que la decisión del tratamiento es por medio de un compromiso bidireccional	
12	Explora las características mas importantes que deben o deberían estar presentes en la relación medico-paciente.	Pregunta abierta para no limitar las posibilidades de respuesta	
13	Explora si es que la relación medico-paciente influye sobre la evolución clínica de los pacientes, por medio de 2 respuestas cerradas.	Pregunta cerrada	Los incisos representan únicamente dos respuesta cerradas a) Si b) No
14	Explora la respuesta anterior por medio de una respuesta abierta	Pregunta abierta para no limitar las posibilidades de respuesta	

ANEXO 4: CUESTIONARIO PACIENTES

PREGUNTA	DESCRIPCION	CONCEPTO	DEFINICION OPERATIVA
8	Evalua el rol que adopta el medico frente a los pacientes, en base a 4 respuestas cerradas que definen un rol en particular.	A través de los modelos de relación medico-paciente descritos en 1992 por Linda y Ezequiel Emmanuel, se pretende identificar el rol que juega el medico frente a los pacientes.	e) Corresponde al modelo paternalista donde define al medico como un guardian de la salud f) Corresponde al modelo informativo donde el medico es visto como un prestador de servicios g) Corresponde al modelo interpretativo donde define al medico como un consejero y/o asesor de la salud de los pacientes h) Corresponde al modelo deliberativo donde define al medico como un maestro y/o amigo de los pacientes
9	Por medio de esta pregunta cerrada que engloba las características de cada modelo de	El modelo paternalista hace referencia a que los pacientes deben ser guiados para mejorar su salud, de esta manera la autonomía del paciente queda totalmente anulada.	Cada inciso esta encaminado a las características de un modelo de relación medico-paciente en particular, correspondiendo como sigue: e) Informativo

	relación medico-paciente, se explora la autonomía del paciente durante la consulta	<p>En el modelo informativo el medico brinda información relevante al paciente sobre su estado de salud, permitiendo de esta manera que la autonomía se base en el control de las decisiones medicas por parte del paciente.</p> <p>El modelo interpretativo se basa en resolver las necesidades del paciente de acuerdo a sus valores y significados aquí la autonomía del paciente se limita un poco ya que el medico ayuda al paciente a entender y aplicar sus valores y significados.</p> <p>En el modelo deliberativo la concepción de autonomía del paciente se basa en el autodesarrollo moral, el paciente es alentado a considerar a través del dialogo y acuerdos lo que es mejor para su salud.</p>	<p>f) Interpretativo</p> <p>g) Deliberativo</p> <p>h) Paternalista</p>
10	Esta pregunta evalua la manera en que el medico dirige el inicio de la consulta, por medio de 4 preguntas cerradas, las cuales incluyen las diversas características de los modelos de relacion medico-paciente	<p>En el modelo paternalista el paciente comunica al medico sus molestias y es interrumpido por el medico, el cual dirige sus preguntas hacia el motivo de consulta.</p> <p>En el modelo informativo el paciente habla y pide datos acerca de su enfermedad por lo que el medico lo provee de toda la información posible, por lo que es el paciente quien en cierto modo dirige la consulta a su conveniencia.</p> <p>En el modelo interpretativo el paciente expresa sus molestias y el medico toma en cuenta lo que el paciente desea para satisfacer las necesidades del paciente, por lo que la consulta es bidireccional.</p> <p>En el modelo deliberativo el paciente se expresa libremente y el medico comprende al paciente acompanandolo en el proceso de curación, por lo que la consulta es bidireccional en mayor sentido.</p>	<p>Cada inciso engloba las características que determinan la manera en que se dirige e inicia la consulta.</p> <p>e) Interpretativo</p> <p>f) Deliberativo</p> <p>g) Paternalista</p> <p>h) Informativo</p>
11	Explora la presencia	La empatía se define como la habilidad	En esta pregunta cada inciso define el

	<p>de empatía en la relación medico-paciente, por medio de 4 respuestas cerradas, donde cada una define un concepto.</p>	<p>del médico para recibir y decodificar la comunicación afectiva de los pacientes, supone la capacidad para ponerse en su lugar, y comprender objetivamente sus sentimientos y conductas. El dominio de la empatía involucra la habilidad de entender las experiencias y sentimientos de la otra persona y la capacidad de ver el mundo desde la perspectiva de la otra persona.</p> <p>La simpatía es la capacidad natural y espontánea, que supone compartir con otra persona sentimientos, ideas y experiencias.</p> <p>Cuando un médico no se interesa por entender las experiencias personales de los pacientes ya que estas no se relacionan con la efectividad del tratamiento estaríamos ante un caso contrario al de la empatía.</p> <p>Por otro lado el involucrarse afectivamente con los pacientes, permitiendo que estos se sientan mejor, debería considerarse como parte del afecto entre ambos participantes de la relación medico-paciente.</p>	<p>concepto de empatía, simpatía, afecto y falta de empatía, como sigue:</p> <ul style="list-style-type: none"> e) Empatía f) Simpatía g) Falta de empatía h) Afecto
12	<p>Esta pregunta explora la manera en que el médico y el paciente llegan a acuerdos antes de finalizar la consulta, tomando en cuenta los 4 modelos de relación medico-paciente, por medio de 4 respuestas cerradas, que engloban las características de cada modelo.</p>	<p>En el modelo paternalista el médico le dice al paciente lo que tiene que tomar para sentirse mejor, por lo que en ningún momento llega a algún tipo de acuerdo con el.</p> <p>En el modelo informativo el médico informa al paciente acerca de su padecimiento y le pregunta acerca del tratamiento que este prefiere, por lo que tampoco se llega a un acuerdo en concreto.</p> <p>En el modelo interpretativo el médico explica al paciente lo que tiene y le pide su opinión para decidir el tratamiento a seguir, por lo cual, paciente y médico intentan llegar a acuerdos.</p> <p>En el modelo deliberativo, el médico le proporciona al paciente opciones de tratamiento y lo ayuda a determinar y elegir lo más apropiado para él, por lo tanto los acuerdos son compartidos.</p>	<p>Cada inciso representa la presencia o no de acuerdos entre médico y paciente al final de la consulta relacionado cada uno de ellos a un modelo de relación medico paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> e) Informativo f) Deliberativo g) Paternalista h) Interpretativo

13	Esta pregunta explora cual de los participantes de la relación medico-paciente toma las decisiones concernientes al tratamiento, por medio de 4respuestas cerradas relacionadas de igual manera con los modelos de relación medico-paciente.	En el modelo de relación medico-paciente de tipo paternalista, el paciente acepta lo que el medico a elegido para el, por lo tanto la toma de decisiones recae completamente sobre el medico. En el modelo informativo el paciente es el que decide el tratamiento que desea, recayendo la toma de decisión en el. En el modelo interpretativo el medico orienta al paciente, pero la decisión al final la toma el medico con ayuda del paciente. En el modelo deliberativo el medico llega a acuerdos con el paciente por lo que la decisión del tratamiento es por medio de un compromiso bidireccional	Cada inciso explora la manera en que se toman las decisiones en la relación medico-paciente, representando a cada uno de los modelos. e) Deliberativo f) Interpretativo g) Informativo h) Paternalista
14	Explora las características mas importantes que deben o deberían estar presentes en la relación medico-paciente.	Pregunta abierta para no limitar las posibilidades de respuesta	
15	Explora si es que la relación medico-paciente influye sobre la evolución clínica de los pacientes, por medio de 2 respuestas cerradas.	Pregunta cerrada	Los incisos representan únicamente dos respuesta cerradas c) Si d) No
16	Explora la respuesta anterior por medio de una respuesta abierta	Pregunta abierta para no limitar las posibilidades de respuesta	

ANEXO 5: CUESTIONARIO APLICADO A LOS MEDICOS

**MODELOS DE RELACION MÉDICO-PACIENTE UTILIZADOS EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO DEL ISSSTE**

FOLIO: _____

FICHA DE IDENTIFICACION (Escriba o marque con una "x" la respuesta que usted considere mas adecuada en el espacio correspondiente)

1. Edad _____
2. Sexo:
 Masculino Femenino
3. Estado Civil: Soltero (a) [] Casado (a) [] Unión libre []
 Divorciado (a) [] Viudo(a) []
4. Grado Académico:
 Médico General [] Médico Familiar []
5. Tiempo en el empleo: _____
6. Si pudiera definir su rol como médico frente a los pacientes, en la mayoría de los casos lo haría como:
 (a) Guardián de la salud
 (b) Prestador de un servicio
 (c) Asesor de la salud
 (d) Amigo de los pacientes
7. En su opinión a los pacientes se les debe:
 (a) Informar sobre su estado de salud
 (b) Dejar hablar y adecuar la atención de acuerdo a sus necesidades
 (c) Escuchar para llegar a un acuerdo con relación a lo que es mejor para su salud
 (d) Guiar, para mejorar su salud.
8. Al inicio de la consulta, el paciente:
 (a) Le expresa sus molestias y usted toma en cuenta lo que desea para satisfacer sus necesidades.
 (b) Expresa libremente sus molestias y usted comprende sus sentimientos, acompañándolo en el proceso de curación.
 (c) Le comunica sus molestias y usted lo interrumpe, dirigiendo las preguntas hacia el motivo de consulta, indicándole lo que debe hacer.
 (d) Habla y le pide datos acerca de su enfermedad, por lo que usted lo provee de toda la información posible.

9. Durante la consulta, usted:

- (a) Entiende las experiencias y sentimientos, del paciente poniéndose en su lugar, lo cual le permite ver el mundo a través de él.
- (b) Comparte sentimientos, ideas y experiencias, con el paciente.
- (c) No se interesa por entender las experiencias personales de los pacientes ya que estas no se relacionan con la efectividad del tratamiento.
- (d) Se involucra afectivamente con los pacientes, lo cual hace que los pacientes se sientan mejor.

10. Al final de la consulta, usted:

- (a) Informa al paciente sobre su padecimiento y le pregunta que tratamiento prefiere.
- (b) Le da opciones de tratamiento y ayuda al paciente a determinar y elegir lo más apropiado para el, por medio de una decisión compartida.
- (c) Le dice al paciente lo que tiene que tomar para sentirse mejor.
- (d) Le explica al paciente lo que tiene y le pide su opinión para decidir el tratamiento

11. En cuanto a la toma de decisiones sobre el tratamiento:

- (a) Llega a acuerdos con el paciente, lo que les permite comprometerse con el tratamiento.
- (b) Orienta al paciente y elige la mejor opción para el.
- (c) El paciente decide que tratamiento desea recibir.
- (d) El paciente acepta lo que usted ha elegido para el.

12. De las características, que deben o deberían estar presentes en la relación médico-paciente ¿Cuál considera usted que es la mas importante? Y ¿Por qué?

13. Cree usted, que la relación que lleva con su médico, influye en su enfermedad:

- (a) SI
- (b) NO

14. ¿Por que?

ANEXO 6

CUESTIONARIO APLICADO A LOS PACIENTES

MODELOS DE RELACION MÉDICO-PACIENTE UTILIZADOS EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO DEL ISSSTE

FOLIO: _____

Núm de encuesta: _____

FICHA DE IDENTIFICACION

(Escriba o marque con una "x" la respuesta correcta en el espacio correspondiente)

1. Edad _____ (años cumplidos)
2. Sexo: masculino []
femenino []
3. Estado Civil: Soltero (a) []
Casado (a) []
Unión libre []
Divorciado (a) []
Viudo(a) []
4. Escolaridad: _____
5. Ocupación: _____
6. ¿Cuánto tiempo hace que conoce a su médico: _____
7. ¿Por qué acudió a consulta el día de hoy? _____
8. Si pudiera definir a su médico, lo haría como:
 - (a) Guardián de mi salud
 - (b) Prestador de un servicio
 - (c) Asesor de mi salud
 - (d) Un Amigo
9. En su opinión el médico debería:
 - (a) Informarme sobre mi estado de salud
 - (b) Escucharme y adecuar la atención de acuerdo a mis necesidades
 - (c) Escucharme y yo a él, para llegar a un acuerdo con relación a lo que es mejor para mi salud
 - (d) Guiarme, para mejorar mi salud.

10. Al inicio de la consulta:

- (a) Expreso mis molestias al médico y él toma en cuenta lo que deseo para satisfacer mis necesidades.
- (b) Expreso libremente mis molestias y el médico comprende mis sentimientos, acompañándome en el proceso de curación.
- (c) Le comunico a mi médico, mis molestias y el me interrumpe, dirigiendo sus preguntas hacia el motivo de consulta, indicándome lo debo hacer.
- (d) Hablo y le pido datos al médico acerca de mi enfermedad, por lo que el médico me provee de toda la información posible.

11. Durante la consulta:

- (a) El médico entiende mis experiencias y sentimientos, poniéndose en mi lugar, lo cual le permite ver el mundo a través de mí.
- (b) El médico, comparte mis sentimientos, ideas y experiencias.
- (c) El médico no se interesa por entender mis experiencias personales ya que estas no se relacionan con la efectividad del tratamiento.
- (d) El médico se involucra afectivamente, lo cual hace que usted se sienta mejor.

12. Al final de la consulta, el médico:

- (a) Me informa sobre mi padecimiento y me pregunta que tratamiento prefiero.
- (b) Me da opciones del tratamiento y me ayuda a determinar y elegir lo más apropiado para mi, por medio de una decisión compartida.
- (c) Me dice lo que tengo que tomar para sentirme mejor.
- (d) Me explica lo que tengo y me pide mi opinión para decidir el tratamiento

13. En cuanto a la toma de decisiones sobre el tratamiento:

- (a) Llego a acuerdos con mi médico, lo que nos permite comprometernos con el tratamiento.
- (b) Permito que el médico me oriente y elija la mejor opción para mí.
- (c) Una vez que escucho lo que el médico me ha dicho, decido que tratamiento deseo recibir.
- (d) Acepto lo que el médico ha elegido para mí.

14. De las características, que deben o deberían estar presentes en la relación que lleva con su médico ¿Cuál considera usted que es la mas importante? Y ¿Por qué? _____

15. Cree usted, que la relación que lleva con su médico, influye en su estado de salud:

(a) SI

(b) NO

16. ¿Por que?

ANEXO 7

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA

Consentimiento de participación voluntaria

MODELOS DE RELACION MEDICO-PACIENTE UTILIZADOS EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO DEL ISSSTE

FECHA: _____

El presente cuestionario tiene como objetivo identificar el modelo de relación médico-paciente más frecuentemente utilizado en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando su decisión. De la misma manera, si Usted en algún momento se siente herido (a), lastimado (a), o agredido (a) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información obtenida será utilizada para fines de investigación que permitan obtener información **útil para mejorar la atención** médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que se proporcionan en esta unidad médica.

El cuestionario consta de 10 preguntas y se contesta en aproximadamente 10 minutos.

No existen respuestas buenas o malas, solamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta usted colaborar en el estudio?

SÍ _____ NO _____

FIRMA ACEPTACIÓN

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO 8

CRONOGRAMA

Etapa / Actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Etapa de planeación del proyecto	xx											
Marco teórico	xx	Xx										
Material y métodos			Xx									
Registro y autorización del proyecto			Xx									
Prueba piloto				xx								
Etapa de ejecución del proyecto				xx								
Recolección de datos				xx	xx	xx						
Almacenamiento de los datos						xx	Xx					
Análisis de los datos							xx	xx				
Descripción de los resultados								xx	xx			
Discusión de los resultados								xx	xx			
Conclusiones del estudio										xx		
Integración y revisión final											xx	
Reporte final											xx	Xx
Autorizaciones												Xx
Impresión del trabajo final												Xx
Solicitud de examen de tesis												Xx