



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“ EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE
EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO”**

T E S I S

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN
LA ESPECIALIDAD

DE :

MEDICINA FAMILIAR

**P R E S E N T A
DR. GONZALEZ MONTAÑO JORGE JAVIER**

**ASESOR
DRA. MORONES ZUÑIGA DANEA LIZBETH**

**DRA. ALTAMIRANO GARCIA MARTHA BEATRIZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL HGZ/UMF No. 8
GILBERTO FLORES IZQUIERDO I.M.S.S.**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
TITULAR DE LA ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No.8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

CD. DE MÉXICO, D. F. FEBRERO 2010.

No DE REGISTRO: R-2010-3605-1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

AUTORES: GONZALEZ MONTAÑO JORGE JAVIER
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
HGZ/UMF No 8.Col. TIZAPAN SAN ANGEL. México, D. F.

OBJETIVO:

Evaluar la relación Médico Paciente en paciente adscritos a la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF No.8 en el turno vespertino,

MATERIAL Y METODOS:

Se estudio a 114 pacientes de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF No.8. Del IMSS. Aplicando la versión española del instrumento internacional Patient-Doctor Relationship Questionnaire, validado en 2008 llamado Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente

RESULTADOS:

70 (61%) contesto mi médico me entiende, 66 (58%) puedo hablar con mi médico, 65 (57%) mi médico me ayuda, 62 (54%) estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas, 72 (63%) encuentro a mi médico muy accesible y 63 (55%) gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud. Lo que representa 58% de comunicación. 64 (56%) mi médico se esfuerza en ayudarme, 68 (60%) estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico, 64 (56%) el tratamiento que me ha puesto mi médico me esta beneficiando, 61 (53%) gracias a mi médico me encuentro mejor y 59 (52%) ahora controlo mejor mis síntomas. Lo que representa 55.4 de satisfacción. 71 (62%) confía en su medico, 64 (56%) mi medico se esfuerza en ayudarme, 51 (47%) mi médico me dedica suficiente tiempo, y 72 (63%) encuentro a mi médico muy accesible, que representa 57% de accesibilidad

CONCLUSIONES:

El tiempo, y la cantidad de pacientes que se atiende en la consulta externa es una limitante importante para la adecuada relación médico paciente.

PALABRAS CLAVE: Relación médico-paciente, Satisfacción, comunicación, accesibilidad.

**“EVALUACION DE LA RELACION
MEDICO PACIENTE EN LA CONSULTA
EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL
HGZ/UMF No8 EN EL TURNO
VESPERTINO”**

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No 8 “GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”**

**DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN SALUD DEL
HGZ/UMF No 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No.8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. DANEALIZBET MORONES ZUÑIGA
ASESOR
MEDICO ASCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa:

Por compartir tu vida con migo, por tu paciencia, comprensión y apoyo incondicional para lograr nuestros objetivos.

Al pequeño Tonatiuh:

Por sus sonrisas y travesuras que alegran mi vida y me motivan a seguir adelante

A mi madre:

Por nunca perder la fé en mí y por su apoyo para ser lo que ahora soy.

A mi padre y hermanas:

Por su apoyo y motivación

Al personal medico y paramédico del HGZ/UMF No.8 del IMSS

INDICE

	PAGINAS
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACION	8
OBJETIVOS	9
HIPOTESIS	10
MATERIALES Y METODOS	11
TIPO DE ESTUDIO	11
DISEÑO DEL INVESTIGACION	12
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	13
MUESTRA	14
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	15
VARIABLES	16
DISEÑO ESTADISTICO	19
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	20

	PAGINAS
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	22
CRONOGRAMA	23
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	24
CONSIDERACIONES ETICAS	25
RESULTADOS	26
CONCLUSIONES	45
DISCUSION	47
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	51

ANTECEDENTES

En los últimos años la medicina se ha dejado arrastrar por la ciencia, ha perdido su propósito natural y confunde su destino original de profesión humana al querer convertirse en una ciencia pura. Dice Marañón que “Nos estamos volviendo ingenieros de la medicina. Todo lo medimos, lo pesamos, lo experimentamos, y lo más triste es que muchas veces, a pesar de esta avalancha de conocimientos y técnicas, la curación no llega”. (1)

Algunos autores han reconocido un deterioro reciente y progresivo en la relación entre médico y paciente, y la han atribuido a algunos de los siguientes factores: a) una tendencia social al incremento en el consumismo, b) un aumento en el uso de la tecnología dentro de la medicina y c) una tendencia de la sociedad hacia la desprofesionalización.(2)

En el libro del Dr. Miguel A. Moreno aparece una escalofriante cita de castillo del Pino: “Médico es aquel que sabe aplicar las tecnologías. Paciente es al que se le aplican las tecnologías. El médico no ha sido ni es un científico, sino un técnico que sólo se limita a aplicar un conocimiento y que sólo tiene la obligación con los enfermos de ser cortés, pero no humano. Deshumanización justificada, no es más que el precio de la actual eficacia médica. El paciente debe aceptar que lo único que puede pedir es que lo curen, no que lo quieran ya que no son ni deben ser más que funcionarios del sistema productivo, manipuladores calificados de una tecnología sofisticada y altamente eficaz que ni tiene tiempo ni saben descender a la demanda de la humanización, demanda que el estado ha delegado en otros especialistas, otros funcionarios, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros, entre otros.

Hoy existen varias condiciones diferentes que han repercutido negativamente en la relación médico paciente, entre ellas, la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica. Esta situación ha convertido al paciente en un comprador, en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos vendedores, de benefactor tradicional se ha convertido prácticamente en un enemigo del paciente y de la familia. Esta situación ha afectado profundamente la relación médico-paciente, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica y facilitando la participación de abogados especializados en reclamaciones. (3)

Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. 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 entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las

sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales.

Desde que el hombre empezó a enfermar han existido otros hombres que intentaban curar las enfermedades. En las culturas primitivas era el brujo de la tribu el que, por medio de complicados rituales, expulsaba del cuerpo del atribulado enfermo los malos espíritus que producían el mal. La relación entre ellos era el sometimiento absoluto. El enfermo hacía sin rechistar lo que el brujo le mandaba y no se preocupaba de saber las razones ocultas de su actuación. El principio en que estaba basada esta relación primitiva era el paternalismo. El brujo estaba en una posición muy superior a la del enfermo y tenía poder absoluto. Es cierto que actuaba en bien del enfermo, pero sólo porque era bueno y derramaba su bondad en los que lo rodeaban.

Las características del médico en esta interacción las resumió Hipócrates hace más de 2000 años cuando consideró que el médico debía reunir cuatro cualidades fundamentales: conocimiento, sabiduría, humanidad y probidad. (1)

La peculiar vinculación que entre hombre y hombre establece el acto terapéutico se halla constituida, como sabemos, por dos movimientos concurrentes y complementarios: el que va del enfermo hacia el médico y el que va del médico hacia el enfermo. No será necesario subrayar de nuevo la indudable diferencia cualitativa entre uno y otro. Pero sí es necesario decir que, pese a tan clara diferencia, el genio griego tuvo el penetrante acierto de bautizarlos con un mismo nombre: a uno y a otro les llamó genéricamente *philia*, "amistad". "El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad", dice Platón en el *Lisis* (217ac) "donde hay *philantrôpiê* (amor al hombre en cuanto hombre), hay también *philotekhnîê* (amor al arte de curar), proclama una famosa sentencia, helenística ya, de los precepta hipocráticos. Amistad del enfermo con el médico, amistad del médico con el hombre in genere, y por tanto con el enfermo, amistad del médico respecto a su arte. Antes que ayuda técnica, antes que actividad diagnóstica y terapéutica, la relación entre el médico y el enfermo es amistad, *philia*; lo cual, con su aparente y satisfactoria simplicidad, nos plantea tres delicados problemas hermenéuticos: qué fue la amistad para el hombre griego; qué figura cobró esa amistad en el alma del enfermo helénico, cuando éste veía en el médico a su "amigo"; como en el alma del *Asclepiadea* se articularon armónicamente la *philantrôpiê* y la *philotekhnîê*, el amor al hombre y el amor al arte. Sin resolver con cierta precisión estos tres problemas, no nos será posible entender lo que en la antigua Grecia fue la relación médico-paciente. El médico es amigo del enfermo siendo a la vez tecnófilo, amigo de la medicina, y antropófilo, amigo del hombre.

La predicación del cristianismo no tubo entre sus fines inmediatos, claro está, proponer a los hombres un nuevo modo de entender y practicar la relación entre médicos y enfermos, pero abunda en el nuevo testamento la mención de enfermos y el amor entre los hombres, Jesús cura milagrosamente a los más diversos enfermos, se ejerce la misericordia, el deber de la asistencia caritativa a los enfermos, los hombres menesterosos. Desde el seno mismo de la concepción cristiana de la vida, la relación entre el médico y el enfermo había

de ser entendida como un acto de amor. Para un médico cristiano, diagnosticar y tratar al enfermo debe ser expresión y consecuencia de un amor previo al conocimiento técnico y a la prescripción de fármacos.

Desde la antigüedad se ha reconocido que una adecuada relación médico-paciente es un factor de enorme importancia para la recuperación de los enfermos. Sin embargo, a pesar de ocupar esta posición relevante, la adquisición de destrezas del médico para conducir esta relación se ha basado en un aprendizaje intuitivo, generalmente adquirido a través de la experiencia.

La interacción fundamental en la atención de salud es aquella que se realiza entre el paciente y el médico. Pese a los notables desarrollos científicos del último siglo, la relación médico paciente ha sido descrita como un acontecimiento inmutable en medicina, que se preserva principalmente por las metas de la medicina.

La frase pacto de confianza (covenant of trust), acuñada por la American Medical Association caracteriza lo esencial de la relación médico paciente. Esta relación es inherentemente una acción benevolente, en la que una persona pone su vida en manos de otra, un acto de notable confianza, esperanza y respeto. Confianza, que a su vez, se basa en la creencia de que el médico lo tratará buscando su mejor interés.

La declaración de consenso (Toronto Consensus Statement) publicada por el British Medical Journal, en 1991, dice “la comunicación médico paciente efectiva es una función clínica esencial que no puede ser delegada”.

Para que la relación entre médico y paciente sea adecuada, el médico debe ser capaz de interpretar correctamente el vocabulario que el paciente acostumbra utilizar. Además, debe ser capaz de adaptar el suyo a las características culturales del paciente para hacerse comprender. Por otra parte, es fundamental que el médico interprete correctamente la idea que tienen los pacientes sobre la enfermedad, ya que de ello depende que el paciente cumpla con sus prescripciones. La elevada frecuencia con que el médico es incapaz de cumplir con estos estándares ha dado lugar a la descripción del llamado síndrome de hipocompetencia clínica, el cual describe algunos problemas relacionados con la comunicación médico-paciente, tales como el mantenimiento por parte del médico del control de la entrevista, y el empleo de lenguaje técnico poco comprensible por el paciente.

Algunas de las características del médico que se asocian a una deficiente comunicación con el paciente son: su clase social, su ingreso económico y su percepción de la necesidad de los pacientes. Las características de los pacientes que se han identificado como contribuyentes para una inadecuada comunicación con sus médicos son: el sexo, el nivel de educación, la clase social y el pronóstico de su enfermedad. Otro factor de posible influencia lo constituye la propia situación médica (por ejemplo, el número de pacientes que ve el médico durante sus sesiones de consulta).¹

Caracteriza lo esencial de la práctica médica la comunicación verbal y no verbal que se establece en el encuentro con el paciente, dice Travaline y colaboradores.

El informe Kalamazoo II vincula la comunicación efectiva a: a) una mayor satisfacción del médico y el paciente; b) adherencia a los planes de tratamiento; c) decisiones médicas más adecuadas; d) mejores resultados de salud; e) disminución en la incidencia de demandas por mala práctica contra médicos de atención primaria; f) información y educación del público.

La comunicación verbal no es el único mecanismo de relación entre médico y paciente, factores tales como la actitud, la expresión y los movimientos corporales forman parte de la capacidad del médico para establecer una comunicación no verbal con sus pacientes. De la capacidad que tenga el médico para establecer este tipo de comunicación dependen aspectos tales como el cumplimiento y la satisfacción por el paciente (1ª)

En marzo del 2003 se realizó un estudio en el Hospital Nacional Arzobispo Loaya, en la ciudad de Lima Perú, el estudio realizado llamado Nivel de Satisfacción general y análisis de la relación médico paciente en la sala de hospitalización de Medicina Interna.

El Hospital Nacional Arzobispo Loaya es un Hospital de referencia a nivel nacional, sede hospitalaria de los programas de formación de pregrado y posgrado de universidades médicas en el país. En estudios realizados para medir el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en la consulta ambulatoria de este hospital, se encontraron niveles de excelencia en los pacientes entrevistados, en 60% hace 14 años.

Mulanovich en otro hospital docente de Lima estudió la relación médico paciente y la satisfacción general, equivalente a 86% con una escasa frecuencia de transmisión eficaz de la información a los pacientes, así como de conductas sociales, como el saludo a los pacientes, y de apoyo psicosocial; el estudio fue descriptivo transversal utilizando una encuesta previamente validada, se consignaron las variables clínicas y demográficas, edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, empleo, estancia hospitalaria, tiempo de enfermedad mayor de un año, número de hospitalizaciones previas en los últimos 5 años. La edad de los pacientes en promedio fue de 42 años, 56% fueron mujeres, 34% con educación primaria, el nivel de satisfacción general fue 82.8%. con niveles de satisfacción menores para las habilidades de comunicación con el paciente 73%, la consideración de la perspectiva del paciente y sus valores 21% y los aspectos psicosociales 18%. El nivel de satisfacción general es similar al evaluado en otros países, siendo necesario reforzar en los médicos en entrenamiento; las habilidades de la comunicación, el ejercicio de la autonomía de los pacientes, la valoración de la perspectiva del paciente y los aspectos psicosociales. (6)

En la ciudad de México durante el año de 1990, se realizó un estudio en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud ubicadas en la delegación Gustavo A. Madero. el cual se tituló. Relación entre Médico y Paciente en la consulta externa de Unidades de Primer Nivel de Atención

Médica. El objetivo del estudio fue determinar el grado de concordancia entre médicos y pacientes en relación a diversos aspectos de la consulta médica. Se entrevistaron 76 pacientes así como a los médicos que habían otorgado dicha consulta. Se aplicó un cuestionario estructurado constituido por seis preguntas equivalentes que abordaban los siguientes aspectos: realización de exploración física, explicación acerca de la enfermedad, explicación de la forma en que debían administrarse los medicamentos, grado de cumplimiento por parte del paciente, tiempo de duración de la consulta y una estimación de si la relación con el médico o paciente había sido satisfactoria. Para la medición de las respuestas se utilizó una escala análoga visual así como una escala de diferencial semántico. Los principales resultados fueron la correlación entre médico y pacientes para los diversos aspectos interrogados, que presentaron grandes variaciones. Los mayores grados de concordancia se obtuvieron para la forma en que se percibió la relación entre ambos ($r_s=0.18$), la estimación del grado de cumplimiento terapéutico ($r_s=0.10$) y la explicación de la enfermedad ($r_s=0.08$). Una tendencia hacia el desacuerdo se identificó en relación a la percepción del examen físico ($r_s=-0.18$), el tiempo de consulta ($r_s=-0.10$) y la explicación de los medicamentos ($r_s=-0.02$). Se observaron mayores grados de acuerdo cuando el médico era menor de 40 años, cuando no tenía especialidad alguna y cuando el paciente tenía menos de 40 años de edad. (2)

Entre los años 2004-05 se llevó a cabo un estudio de relaciones médico-paciente en México que involucró entrevistas realizadas a 1700 pacientes inmediatamente después de salir de su consulta clínica en León, Morelia, Guanajuato y en Charlestown, West Virginia, USA. Los propósitos fueron: 1) establecer una base de datos como puntos de referencia (benchmark) para investigaciones futuras en instituciones del cuidado de la salud con referencia a la comunicación médico-paciente, a la satisfacción de los pacientes y al consentimiento informado y 2) hacer una comparación entre las relaciones médico-paciente en México y los Estados Unidos

El objetivo principal de este estudio, como investigación empírica, es averiguar la dinámica de la relación médico-paciente en la práctica normal de la medicina clínica. Se llevaron a cabo encuestas en forma de entrevistas con pacientes en varias clínicas del IMSS, ISSSTE, SSA en las ciudades de León, Morelia y Querétaro. Se entrevistaron a más de 1560 pacientes la muestra se compuso de 497 hombres y 1055 mujeres, el 87.9% de los pacientes entrevistados dijo que el médico explicó su enfermedad, el 88.7% indicó que había entendido bien las palabras o el lenguaje que usó el doctor para explicarle su condición. El 88.7% dijo que el doctor explicó el tratamiento de manera clara. Aunque existen diferencias en los detalles entre los dos países, por lo general los pacientes mexicanos y los pacientes estadounidenses nos informaron de experiencias muy similares con respecto a las relaciones médico-pacientes.

Otro de los aspectos principales en la relación médico-paciente hace referencia a los niveles de satisfacción. La satisfacción del paciente con el cuidado es un concepto que refleja la percepción del paciente en cuanto a la calidad de la atención y el tratamiento recibido. Generalmente evaluado mediante autoinforme, en la literatura reciente se han desarrollado diversos cuestionarios centrados en la toma de decisiones, en el acceso y uso de los distintos

servicios sanitarios o en los niveles de satisfacción con el tratamiento entre otros. La alianza terapéutica resulta crucial para la evaluación de la satisfacción médico-paciente relacionado con el desarrollo de una comprensión empática, una apertura interpersonal, un clima de autenticidad, confianza y aceptación.

A partir de las distintas facetas de la relación médico paciente Van der Feltz-cornelis et al. Desarrollaron un cuestionario no muy extenso que recogiera cada uno de los aspectos señalados de forma abreviada. El objetivo principal era el desarrollo de una herramienta de uso y aplicación asequibles que pudiera cuantificar la relación médico paciente tanto en medicina general como en cada una de las especialidades clínicas e intervenciones estratégicas de promoción de la salud. El cuestionario se focaliza en la evaluación del médico como profesional efectivo y de ayuda para el paciente, características consideradas nucleares en la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas. A partir de una revisión teórica, los autores utilizaron el cuestionario de alianza terapéutica (HAQ) de Luborsky como punto base para el desarrollo del Patient-Doctor Relationship questionnaire (PDRQ). Este cuestionario recoge algunos de los aspectos señalados hasta el momento como son la comunicación, la satisfacción con el tratamiento o la accesibilidad al médico.

Ante la ausencia de un instrumento de medida centrado en el paciente en la calidad de la relación medico paciente. Adaptaron al idioma español el cuestionario desarrollado por Van der Feliz-Cornelis et al. Se procedió a la adaptación al castellano del cuestionario PDRQ en su versión de 15 ítems. En primer lugar se realizó la traducción del cuestionario al español (CREM-P) y posteriormente se retrotradujo al inglés, evaluando el nivel de precisión y ajuste de las diferencias encontradas.

Fueron evaluados 188 pacientes de 6 médicos especialistas en Medicina Interna de un Hospital de Madrid capital entre los meses de enero y marzo del 2005. Se recogieron información clínica y sociodemográfica. A partir de los datos obtenidos en varianza e índices de variabilidad en la respuesta fueron moderados y siempre superiores a cero. En este sentido y atendiendo a los índices de asimetría se observa cómo todos los ítems presentan una asimetría negativa y por tanto una tendencia a puntuaciones de rango superior. El índice de curtosis nos muestra una tendencia general a una distribución platicúrtica o aplanada. Para analizar la capacidad de discriminación de los ítems de la escala se realizaron análisis T de diferencias de medida para muestras independientes, dividiendo la muestra en tres grupos en función a la puntuación total (percentil 27 y percentil 73) los resultados a obtenidos mostraron niveles de significación inferiores a 0.05. Posteriormente se realizó el análisis factorial de los ítems mediante análisis de componentes principales con rotación varimax según la validación del cuestionario original. El índice alfa de Cronbach fue de 0.956 y el análisis de diferencias de medias para evaluar la capacidad de discriminación del cuestionario mostró niveles significativos inferiores a 0.05 en todos los casos.

Los resultados indicaron niveles altos en fiabilidad, validez factorial y validez de contenido. Los resultados refrendan datos previos sobre la relación positiva entre calidad de la relación médico-paciente y continuidad del cuidado. El cuestionario final obtenido (CREM-P) de 13 ítems se muestra como un instrumento fiable, valido y de fácil cumplimiento, diseñado para permitir la evaluación tanto en contextos clínicos como de investigación (7)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En los últimos años la relación medico paciente se ha visto deteriorada, la insatisfacción de los pacientes que llevan muchas veces a demandas jurídicas, se relacionan indudablemente con una pésima relación medico paciente.

La salud es un proceso complejo y diversificado, condicionado no solo por factores biológicos, sino también por determinantes socioculturales, económicos, educativos, políticos y filosóficos propios del individuo, la familia y la población. Diversas especialidades médicas se caracterizan por abordar el proceso salud-enfermedad desde un modelo biologista unicausal. En cambio la Medicina Familiar utiliza el modelo biopsicosocial, condición que le obliga a incorporar a su currículo elementos teóricos de las ciencias sociales indispensables para el estudio del proceso salud-enfermedad en la familia.

Tomando en cuenta que existe un instrumento que nos permite conocer el grado de satisfacción, comunicación y la accesibilidad del medico.

¿Cómo es la relación medico- paciente en la población adscrita a la consulta externa turno vespertino del Hospital General de Zona no 8?

JUSTIFICACION:

El interés por el estudio de estos temas surge ante la emergencia de problemas de carácter médico legal, denuncias de mal praxis, impericia y negligencia médica, que van cobrando importancia en nuestro país, así como por la propia insatisfacción de los médicos, quienes identifican como causa para ella la masificación de los servicios de salud, el corto tiempo asignado para la atención de cada paciente y la corta duración de la relación médico paciente.

La mayoría de las investigaciones se centran en la valoración por parte del profesional médico de la calidad en su interacción con el paciente. Diversos estudios indican que la información que proveen los médicos resulta parcial. Por lo que se busca una herramienta que recabe el sentir del paciente para conocer los niveles de satisfacción, y modificar aspectos de empatía y comunicación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relación Médico Paciente por medio del CREM-P, en la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF No.8 Gilberto Flores Izquierdo en el turno vespertino,

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el grado de satisfacción del paciente en cuanto a la calidad de la atención y el tratamiento recibido.
2. Determinar el grado de comunicación del paciente en cuanto a la calidad de la atención y el tratamiento recibido.
3. Analizar la situación que impera en la relación medico paciente en la consulta externa de medicina familiar.
4. Describir las condiciones sociodemográficas de la población en estudio.

HIPOTESIS:

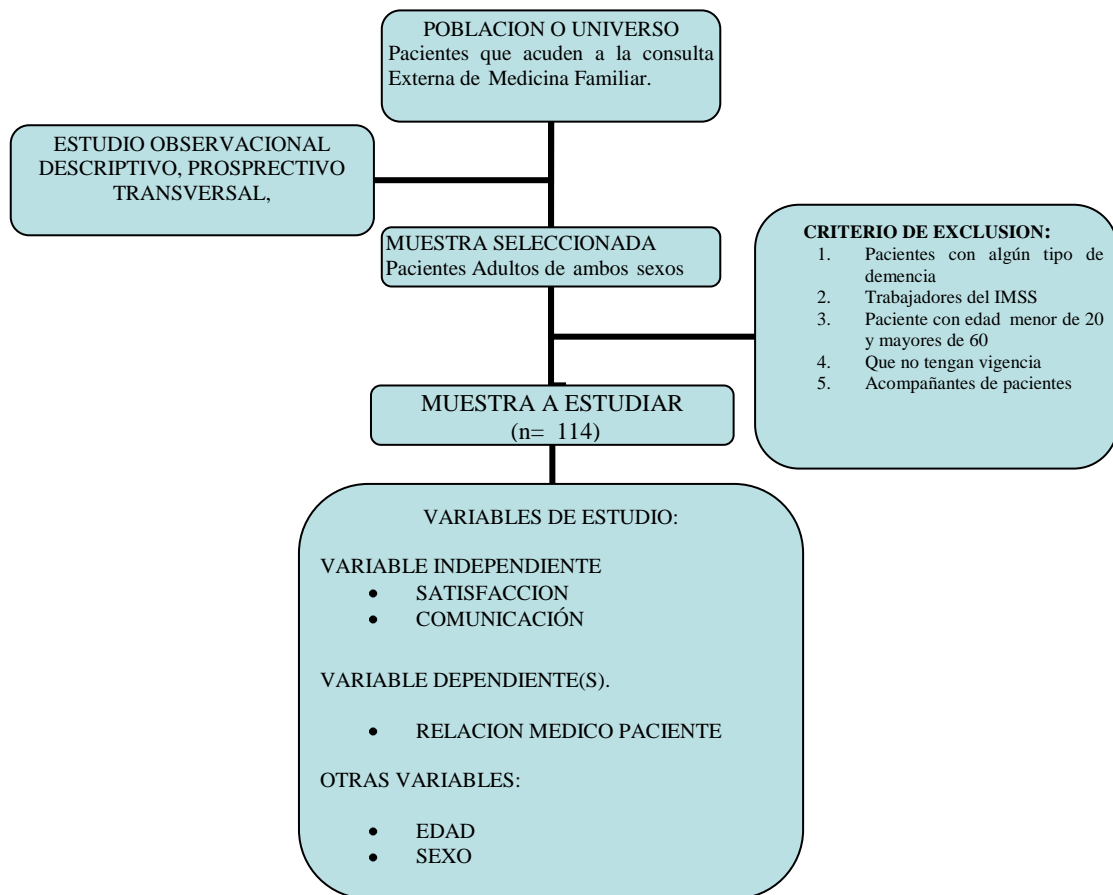
De acuerdo al tipo de estudio planteado, no se requiere el uso de hipótesis.

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

- **OBSERVACIONAL:** El investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado, por tanto no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.
- **DESCRIPTIVO:** La cual cuenta con una población la cual se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto de la cual no existen hipótesis que se refieran a la búsqueda sistemática de asociaciones entre varias variables dentro de la misma población.
- **PROSPECTIVO:** El investigador observa la manifestación de algún fenómeno (v. dependiente) e intenta identificar sus antecedentes o causas (v. independiente).
- **TRANSVERSAL:** Por que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



POBLACION Ó UNIVERSO:

Pacientes que acuden a la consulta Externa de Medicina Familiar.
Población blanco: Pacientes Adultos de ambos sexos de 20 a 60 años

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

Ámbito geográfico: el estudio se realiza en el HGZ/UMF No. 8 de primer nivel de atención, perteneciente a la Delegación Sur del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Duración: Del 1 al 31 de diciembre del 2009

MUESTRA:

MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO:

Se trata de un muestreo no probabilístico ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra, por casos consecutivos. Se eligieron pacientes que cumplan con los criterios de selección establecidos, y el tiempo de realización del estudio por lo que el tamaño de la muestra se determinó en 114 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Pacientes que acudan a la consulta externa de medicina familiar del HGZ No.8 Gilberto Flores Izquierdo que serán seleccionados con los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Pacientes que acudan a la consulta externa de medicina familiar, turno vespertino
2. Que pertenezcan a la UMF Num.8
3. Edad entre 20 y 60 años
4. Ambos sexos
5. Autónoma, y en pleno uso de sus facultades mentales.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Pacientes con algún tipo de demencia
2. Trabajadores del IMSS
3. Paciente con edad menor de 20 y mayores de 60
4. Que no tengan vigencia
5. Acompañantes de pacientes

CRITERIOS DE ELIMINACION:

1. Pacientes que no deseen participar
2. Que llenen de forma inadecuada el cuestionario aplicado.

VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE(S): La variable independiente es la base del estudio y está aislada y manipulada por el investigador:

- SATISFACCION
- COMUNICACIÓN
- ACCESIBILIDAD

VARIABLE DEPENDIENTE(S): La variable dependiente es la que permite medir los resultados de esta manipulación, los resultados del diseño de investigación se generan por la interacción de ambas variables.

- RELACION MEDICO PACIENTE

OTRAS VARIABLES:

- EDAD
- SEXO

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES CARACTERISTICAS GENERALES

Variables Demográficas

OTRAS VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona o que ha durado una cosa	Período de tiempo de un individuo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento actual	Cuantitativa	Edad cronológica
GENERO	Especie, que tienen caracteres comunes	Expresión fenotípica del genotipo de un individuo	Nominal	1.- Femenino 2.- Masculino 3.- Estado intersexual

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES
RELACION MEDICO PACIENTE	Relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud.	Por cuestionario: Relación longitudinal entre el médico y el paciente, un acuerdo entre ambos sobre el problema clínico y su tratamiento, una confianza mutua y una comunicación fluida y abierta entre ambos	Cualitativa	Nominal	1=nunca 2=casi nunca 3=algunas veces 4=casi siempre 5=siempre

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES
SATISFACCION	Cumplimiento del deseo o del gusto, confianza o seguridad del animo	Es la percepción del paciente en cuanto a la calidad de la atención y el tratamiento recibido	Cualitativa	Nominal	1=nunca 2=casi nunca 3=algunas veces 4=casi siempre 5=siempre
COMUNICACION	Trato, correspondência entre dos o mas personas	Relación afectiva y satisfactoria entre el emisor (medico) y el receptor (paciente) que no sabe medicina.	cualitativa	nominal	1=nunca 2=casi nunca 3=algunas veces 4=casi siempre 5=siempre
ACCESIBILIDAD	Ceder alguien en su parecer, conviniendo con una idea de otro, asociándose a un acuerdo	Disponibilidad del medico	Cualitativa	Nominal	1=nunca 2=casi nunca 3=algunas veces 4=casi siempre 5=siempre

DISEÑO ESTADÍSTICO:

Se conformará la serie de casos de forma prolectiva por aquellos pacientes que cumplan los criterios de selección en el período establecido. Los investigadores responsables recabarán los datos referentes a las variables en estudio.

El presente estudio se realizara a través de una encuesta, la muestra estudiada es de 114 pacientes que acuden a la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF Gilberto Flores Izquierdo del IMSS, inmediatamente después de salir de su consulta,. El entrevistador se presenta asegurando a los posibles entrevistados que sus respuestas serán anónimas, se les explicara brevemente el propósito de la encuesta y se aclararan los puntos que no entiendan o no resulten claros. el instrumento que se utilizara será el Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P) que evalúa satisfacción y comunicación de la relación medico paciente a través de 13 ítem, es un instrumento fiable, válido de fácil aplicación

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Se aplicara la adaptación del instrumento internacional Patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ) de 15 ítems que evalúa la calidad de la relación médico paciente en condiciones de práctica clínica habitual. El cuestionario final obtenido (CREM- P) de 13 ítems se muestra como un instrumento fiable, valido y de fácil cumplimiento, diseñado para permitir la evaluación tanto en contextos clínicos como de investigación de la relación medico paciente que debe ser apropiada y de calidad y se caracteriza por una relación longitudinal entre el médico y el paciente, un acuerdo entre ambos sobre el problema clínico y su tratamiento, una confianza mutua y una comunicación fluida y abierta entre ambos.

Otro aspecto estudiado en la comunicación. Los pacientes, independientemente de su estatus socioeconómico o grupo étnico, generalmente desean conocer plenamente los detalles de su diagnóstico y su posibilidad de cura. Sin embargo, diversos estudios indican que la información que proveen los médicos resulta parcial.

Otro de los aspectos principales en la relación medico paciente es la satisfacción, que es la percepción del paciente en cuanto a la calidad de la atención y el tratamiento recibido.

El cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 5 puntos, desde 1: nada apropiado, a 5: totalmente apropiado.

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 13.0. A partir de los datos obtenidos en varianza y dt observamos que los niveles de variabilidad en la respuesta fueron moderados y siempre superiores a cero. Asimismo, todos los ítems presentan una asimetría negativa y por tanto una tendencia a puntuaciones de rango superior. Mientras que el índice de curtosis nos muestra una tendencia general a una distribución platicúrtica o aplanada, los ítems 6 y 15 tenderían a una distribución leptocúrtica o apuntada.

A partir de los análisis de correlaciones de los 15 ítems observamos que las correlaciones en su mayoría son superiores a 0.40, excepto en los ítems 6 y 15 con el resto de los ítems del cuestionario. Asimismo, el nivel de consistencia de los ítems a partir del índice de homogeneidad corregido nos muestra correlaciones superiores a 0.62, excepto para los ítems 6(0.095) y 15(0.426).

Para analizar la capacidad de discriminación de los ítems de la escala se realizaron análisis T de diferencias de medias para muestras independientes, dividiendo la muestra en tres grupos en función de la puntuación total (percentil 27 y percentil 73). Los resultados obtenidos mostraron niveles de significación inferiores a 0.05, excepto en los ítems 6 y el ítems 15.

Posteriormente se realizó el análisis factorial de los ítems. La factorialización se llevó a cabo mediante análisis de componentes principales con rotación varimax según la validación del cuestionario original.

El análisis factorial de los 15 ítems mostró una solución a dos factores, explicando conjuntamente el 63.88% total de la varianza. Mientras que el primer factor presenta un autovalor de 8.53, explica el 56.88% de la varianza y está formado por 14 de los 15 ítems, el segundo factor con un autovalor de 1.05, explica el 7% de la varianza.este segundo factor está compuesto

exclusivamente por el ítems 6. Asimismo se observa cómo los últimos ítems del primer factor, el ítems 15, satura 0.418 con el primer factor y 0.326 con el segundo. Según Nunnally, cada variable debe presentar una carga factorial mayor de 0.40 en su factor y menor de 0.30 en el resto de los factores. Por tanto, el ítem 15 presentaría un problema de escasa discriminación factorial.

A partir de todos los análisis realizados hasta el momento para la adaptación española parece aconsejable proceder a la eliminación de los ítems 6 y 15. En este sentido, el índice alfa de Cronbach de los 13 ítems restantes fue de 0.956 y el análisis de diferencias de medias para evaluar la capacidad de discriminación del cuestionario final mostró niveles significativos inferiores a 0.05 en todos los casos.

El instrumento empleado permite cuantificar de forma implícita la opinión del paciente en cuanto a comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el medico y el tratamiento seguido.

Al analizar el instrumento a utilizar en este estudio, encontramos de forma implícita las dimensiones que nos valoran comunicación, satisfacción y accesibilidad de la siguiente manera.

DIMENSIONES IMPLICITAS:	ÍTEMS
1.-Comunicación	1, 4, 6, 9,10 y 12
2.-satisfacción	3, 5, 8,11 y 13
3.-accesibilidad	2, 3,7 y 10

Tomando en cuenta como respuestas favorables, siempre, casi siempre, y algunas veces, y como desfavorables nunca y casi nunca

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Lo que se persigue es que el presente estudio sea preciso y válido. Por tanto se cumplirán los objetivos, el error aleatorio se reduce con el tamaño de la muestra que es de 114 pacientes y con ello aumentamos la precisión ya que los intervalos de confianza y el error estándar se reducen al aumentar el tamaño de la muestra.

La carencia del error sistemático se conoce como validez: la validez interna, que es la validez de las inferencias a los sujetos reales del estudio, por lo que se aplican los criterios de inclusión y exclusión, además del consentimiento informado



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

APLICACIÓN DE LA VERSION ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE
RELACIONES MEDICO-PACIENTE (CREM-P) PARA EVALUACION DE LA
RELACION MEDICO PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

2009

FECHA	ABR 2009	MAY 2009	JUN 2009	JUL 2009	AGT 2009	SEP 2009	OCT 2009	NOV 2009	DIC 2009	ENE 2010	FEB 2010	MAR 2010
DELIMITACION DEL TEMA A ESTUDIAR	X	X										
RECUPERACION, REVISION Y SELECCIÓN DE BIBLIOGRAFIA			X	X								
ELABORACION DE PROTOCOLO					X	X	X					
PLANEACION OPERATIVA								X	X			
RECOLECCION DE LA INFORMACION									X			
ANALISIS DE RESULTADOS									X	X	x	
ESCRITURA DE TESIS E INFORMES									X	X	x	
OTRAS ACTIVIDADES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x	

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

HUMANOS:

- Investigador
- Asesor

MATERIALES:

- Hoja recolectora de datos (anexo 1)
- Hojas de consentimiento informado (anexo 2)
- Papel de impresión
- Bolígrafos
- Lápiz
- Goma
- Tabla para encuestas
- Copias fotostáticas
- Ordenador electrónico
- Microsoft Word
- Microsoft Exel

FISICOS:

- Sala de espera de la consulta externa con mesa de trabajo y suficiente luz.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD:

- No aplica

FINANCIEROS:

El financiamiento de este trabajo se realizó por el investigador.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Se explicara verbalmente a los pacientes sobre los fines del estudio y sobre el anonimato de las encuestas, pidiéndoles su consentimiento para participar en ella y que los datos serán utilizados solo para propósitos de investigación.

El presente estudio no compromete la integridad del paciente ni del médico, no pone en riesgo la vida, de igual manera no se atenta contra los valores universales.

No tiene impedimento, ya que no se afecta en ningún momento y bajo ninguna circunstancia la integridad del paciente y se respetan las normas de Helsinki, la cual se publico por primera vez en 1964, considerada la primera norma internacional para la investigación y se refiere a que el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad, puntualizando igualmente en la importancia del consentimiento informado por escrito.

RESULTADOS

Se estudio a 114 pacientes que acudieron a la consulta externa en el turno vespertino del hospital general de zona con unidad de medicina familiar numero 8 Gilberto Flores Izquierdo. Se consideraron datos sociodemográficos los cuales son importantes para conocer las características de nuestra muestra a estudiar

Respecto al genero se observo que 38 (33%) pacientes fueron varones y más de la mitad, 76 (67%) son mujeres. El género que predomina en la consulta externa es el sexo femenino.

Se estudiaron pacientes de 20 a 60 años. La edad más frecuente fue de 35 y 42 años con 6 (5.2%) pacientes respectivamente, La edad media fue de 40.7 años.

Respecto a la escolaridad de los pacientes, encontramos que fue de la siguiente manera; primaria: 17 (14.90%) secundaria, 28 (24.56%), bachillerato, 40 (35.10%), licenciatura, 29 (25.44%), por lo que podemos observar que mas del 50% de la población tiene un grado escolar mayor al medio superior lo que puede facilitar la comunicación en la relación médico paciente. En lo que respecta al estado civil que predomino en los pacientes es casado con 77 (63%) pacientes, seguido de 35 (30.70%) pacientes solteros, el resto de la población se compuso de 4 (3.50%) en unión libre y 3 (2.64%) pacientes en viudez.

En el primer ítem, Mi médico me entiende, que midió comunicación, se encontró, 70 (61%) pacientes respondieron siempre, 25 (22%) pacientes contestó casi siempre, 17 (25%) pacientes respondieron algunas veces, 2 (2%) pacientes respondieron casi nunca, ningún paciente 0 (0%) respondió la opción de nunca. Por lo que podemos decir que hay una comunicación favorable para una adecuada relación medico paciente.

En el segundo ítem, Confío en mí medico, que midió accesibilidad, se encontró que 71 (62%) pacientes contestaron siempre, 23 (20%) pacientes contestaron casi siempre, 16 (14%) pacientes contestaron algunas veces, 2 (2%) pacientes contestaron casi nunca y 2 (2%) pacientes contestaron nunca. Lo que nos orienta a una favorable accesibilidad del medico hacia el paciente.

En el tercer ítem, Mi medico se esfuerza en ayudarme, que midió satisfacción y accesibilidad, se encontró que 64 (56%) pacientes contestaron siempre, 28 (25%) pacientes contestaron casi siempre, 17 (15%) pacientes contestaron algunas veces, 4 (3%) pacientes contestaron casi nunca, y solo 1 (1%) pacientes contesto nunca. Lo que refleja una favorable satisfacción del paciente y una accesibilidad favorable del medico.

En el cuarto ítem, Puedo hablar con mi médico, que midió comunicación, se encontró que 66 (58%) pacientes contestaron siempre, 27 (24%) pacientes contestaron casi siempre, 14 (12%) pacientes contestaron algunas veces, 5 (4%) pacientes contestaron casi nunca, y 2 (2%) pacientes contestaron nunca. Por lo que es favorable para la comunicación del médico con el paciente.

En el quinto ítem, Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico. Que midió satisfacción, se encontró que 68 (69%) pacientes contestaron siempre, 26 (23%) pacientes contestaron casi siempre, 14 (12.3%) pacientes contestaron algunas veces, 5 (4%) pacientes contestaron casi nunca, y solo 1 (1%) paciente contestó nunca. Lo que califica favorablemente la satisfacción del paciente.

En el sexto ítem, Mi médico me ayuda, que midió accesibilidad, se encontró que 65 (57%) pacientes contestaron siempre, 25 (22%) pacientes contestaron casi siempre, 20 (17%) pacientes contestaron algunas veces, 3 (3%) pacientes contestaron casi nunca, y 1 (1%) paciente contestó nunca. Por lo que la accesibilidad del médico es favorable.

En el séptimo ítem, Mi médico me dedica suficiente tiempo, que midió satisfacción, se encontró que 51 (45%) pacientes contestaron siempre, 34 (39%) pacientes contestaron casi siempre, 21 (18%) pacientes contestaron algunas veces, 5 (4%) pacientes contestaron casi nunca, y 3 (3%) pacientes contestaron nunca. La satisfacción aunque es favorable, en este estudio el tiempo es una limitante importante.

En el octavo ítem, El tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando. Que midió satisfacción, se encontró que 64 (56%) pacientes contestaron siempre, 29 (25%) pacientes contestaron casi siempre, 20 (18%) pacientes contestaron algunas veces, y solo un (1%) paciente contestó casi nunca, ningún (0%) paciente contestó nunca. Por lo que la satisfacción es favorable.

En el noveno ítem, Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas. Que midió comunicación y satisfacción, se encontró que 62 (54%) pacientes contestaron Siempre, 24 (21%) pacientes contestaron casi siempre, 1 (1%) paciente contestó algunas veces y 3 (3%) paciente contestaron casi nunca y nunca, por lo que encontramos favorable la comunicación y satisfacción.

En el décimo ítem, Encuentro a mi médico muy accesible. Que midió accesibilidad, se encontró que 72 (63%) pacientes contestaron siempre, 23 (20%) pacientes contestaron casi siempre, 13 (11%) pacientes contestaron algunas veces, 1 (1%) pacientes contestó casi nunca, y 5 (5%) pacientes contestaron nunca. un porcentaje importante es favorable la accesibilidad del médico, sin embargo un porcentaje importante muestra una respuesta no favorable.

En el décimo primer ítem, Gracias a mi medico me encuentro mejor. Que midió satisfacción se encontró que 61 (53%) pacientes contestaron siempre, 29 (25%) pacientes contestaron casi siempre, 19 (17%) pacientes contestaron algunas veces, 3 (3%) pacientes contestaron casi nunca, y 2 (2%) pacientes contestaron nunca. Encontramos una respuesta favorable en satisfacción del paciente.

En el decimosegundo ítem, Gracias a mi medico tengo mas información a cerca de mi salud. Que midió comunicación, se encontró que 63 (55%) pacientes Contestaron siempre, 22 (19%) pacientes contestaron casi siempre, 20 (18%) pacientes contestaron algunas veces, y 4 (4%) pacientes contestaron casi nunca y nunca contestaron. Lo que nos muestra una respuesta favorable para la comunicación.

En el decimotercero ítem, Ahora controlo mejor mis síntomas. Que midió accesibilidad, se encontró que 59 (52%) pacientes contestaron siempre, 27 (23%) pacientes contestaron casi siempre, 25 (22%) pacientes contestaron algunas veces, 1 (1%) pacientes contesto casi nunca y 2 (2%) pacientes contestaron nunca, lo que nos muestra favorable la accesibilidad del medico.



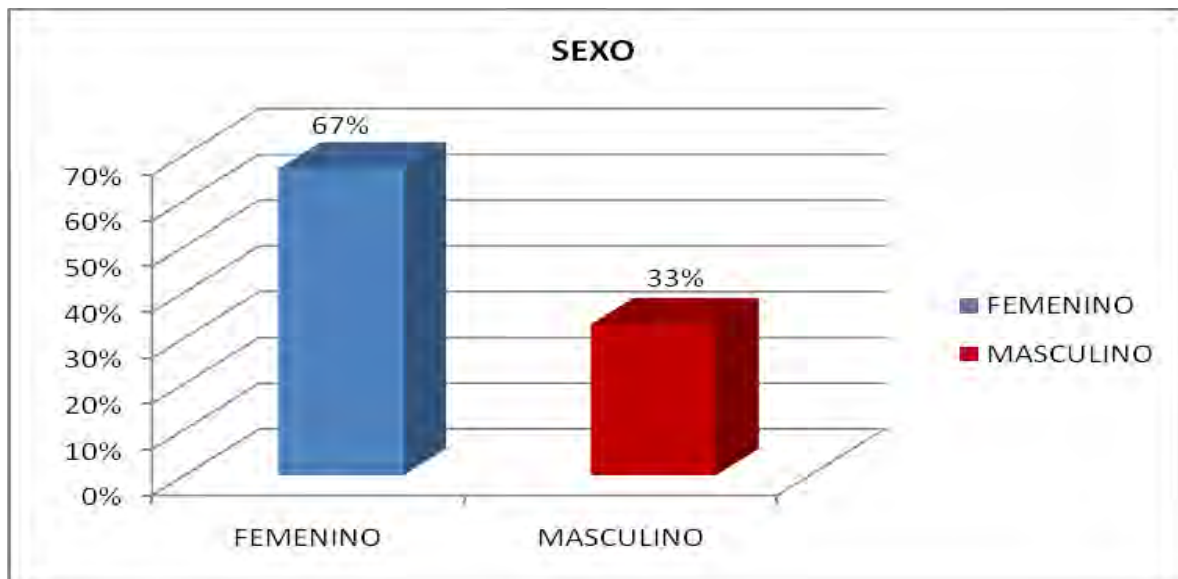
EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

n=114

Tabla 1: DATOS DEMOGRAFICOS: SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	76	67%
MASCULINO	38	33%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No.1



FUENTE: Cedula de recolección



EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 2: ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	17	14.90%
SECUNDARIA	28	24.56
BACHILLERATO	40	35.10
LICENCIATURA	29	25.44
TOTAL	114	100%

GRAFICA No.2 ESCOLARIDAD



FUENTE: Cedula de recolección



EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 3: ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO	72	63.16%
UNION LIBRE	4	3.50%
VIUDEZ	3	2.64%
SOLTERO	35	30.70%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No 3: ESTADO CIVIL



FUENTE: Cedula de recolección

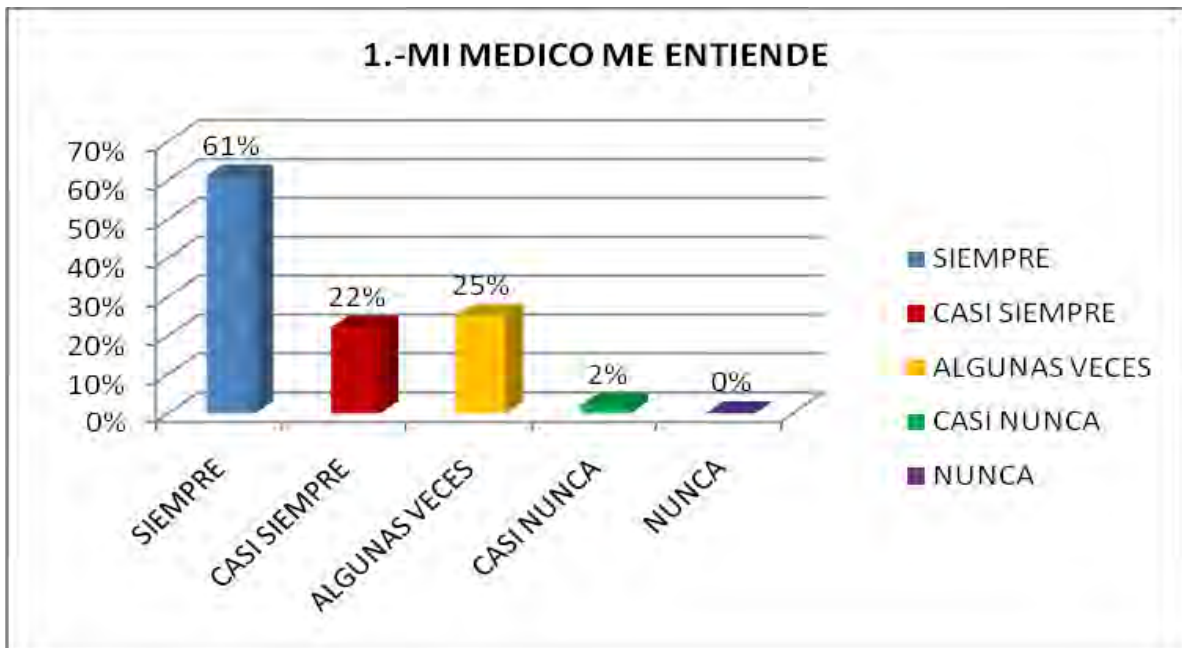


EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 4: CREM-P MI MEDICO ME ENTIENDE

MI MEDICO ME ENTIENDE	FRECUENCIA	PACIENTE
SIEMPRE	70	61%
CASI SIEMPRE	25	22%
ALGUNAS VECES	17	25%
CASI NUNCA	2	2%
NUNCA	0	0%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 4
n = 114



FUENTE: CREM-P

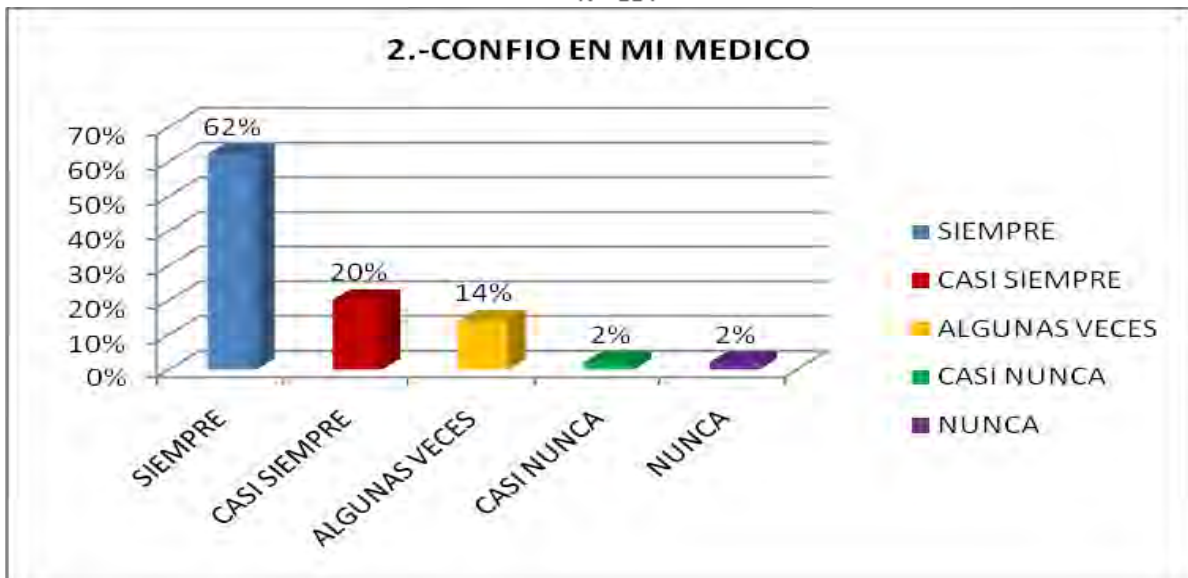


EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 5: CREM-P CONFIO EN MI MEDICO

CONFIO EN MI MEDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	71	62%
CASI SIEMPRE	23	20%
ALGUNAS VECES	16	14%
CASI NUNCA	2	2%
NUNCA	2	2%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 5
N = 114



FUENTE: CREM-P

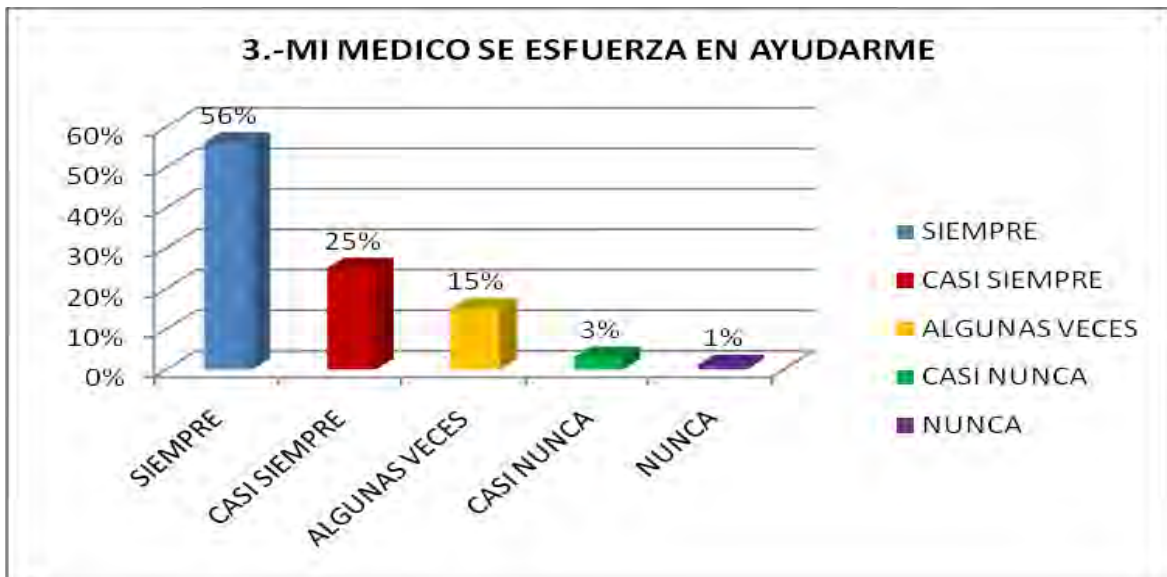


EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 6: CREM-P MI MEDICO SE ESFUERZA EN AYUDARME

MI MEDICO SE ESFUERZA AYUDARME	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	64	56%
CASI SIEMPRE	28	25%
ALGUNAS VECES	17	15%
CASI NUNCA	4	3%
NUNCA	1	1%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 6
n = 114



FUENTE: CREM-P

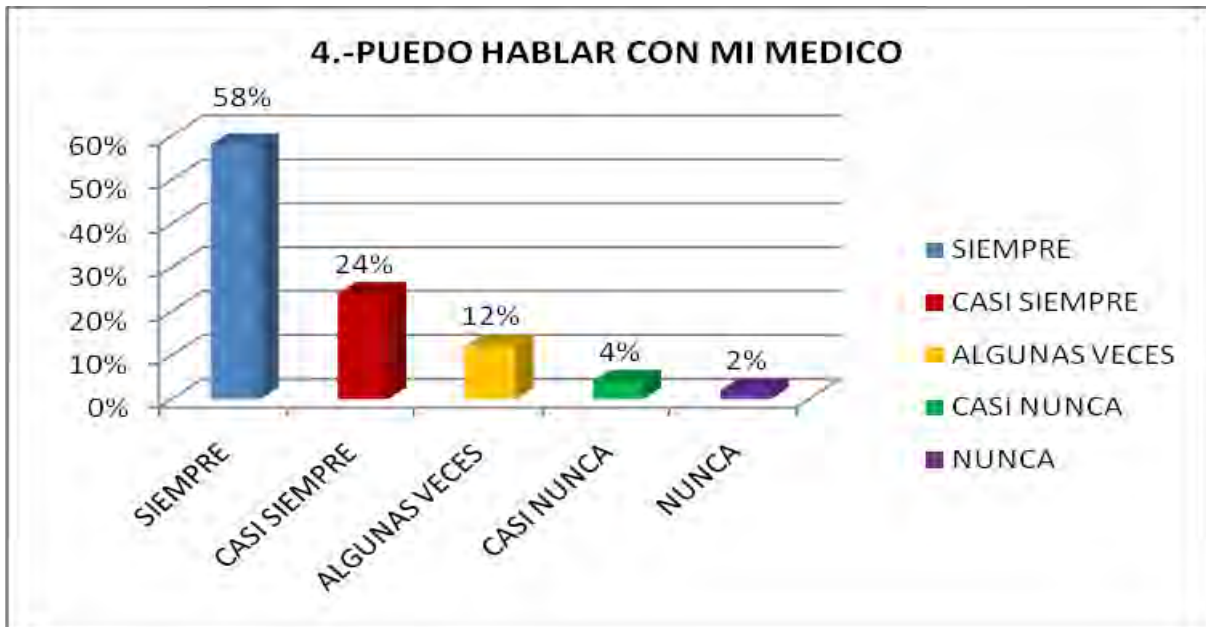


EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 7: CREM-P PUEDO HABLAR CON MÍ MEDICO

PUEDO HABLAR CON MI MEDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	66	58%
CASI SIEMPRE	27	24%
ALGUNAS VECES	14	12%
CASI NUNCA	5	4%
NUNCA	2	2%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 7
n = 114



FUENTE: CREM-P



EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 8: CREM-P ESTOY CONTENTO CON EL TRATAMIENTO QUE ME HA PUESTO MI MEDICO

ESTOY CONTENTO CON EL TRATAMIENTO QUE ME HA PUESTO MI MEDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	68	60%
CASI SIEMPRE	26	23%
ALGUNAS VECES	14	12%
CASI NUNCA	5	4%
NUNCA	1	1%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 8
n = 114



FUENTE: CREM-P

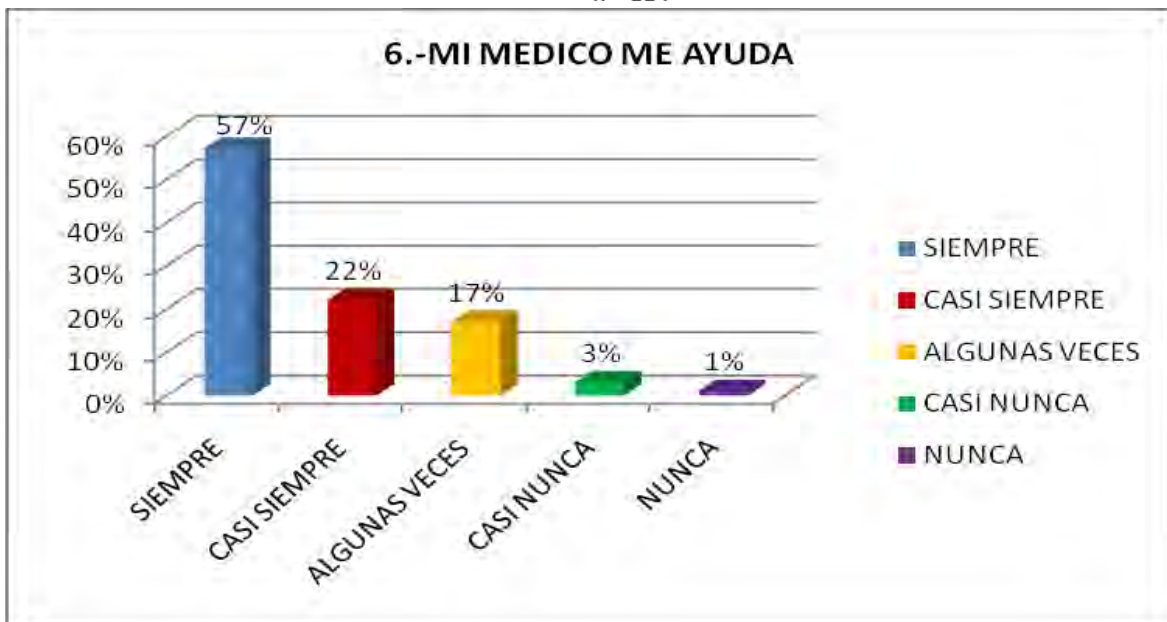


EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 9: MI MEDICO ME AYUDA

MI MEDICO ME AYUDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	65	57%
CASI SIEMPRE	25	22%
ALGUNAS VECES	20	17%
CASI NUNCA	3	3%
NUNCA	1	1%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 9
n = 114



FUENTE: CREM-P

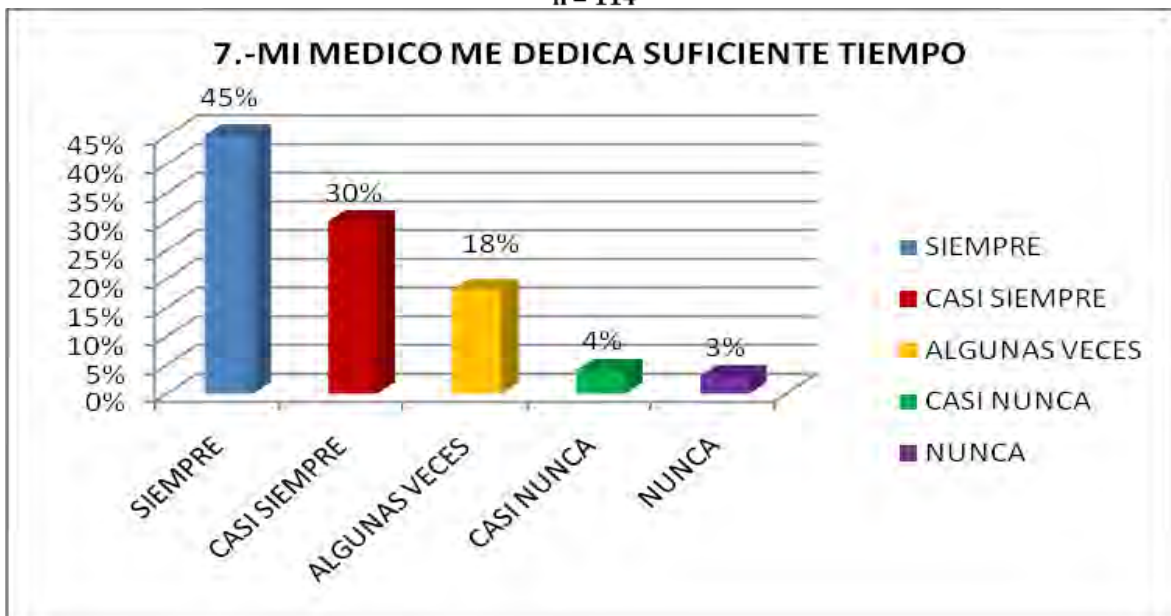


EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 10: MI MEDICO ME DEDICA SUFICIENTE TIEMPO

MI MEDICO ME DEDICA SUFICIENTE TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	51	45%
CASI SIEMPRE	34	30%
ALGUNAS VECES	21	18%
CASI NUNCA	5	4%
NUNCA	3	3%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 10
n = 114



FUENTE: CREM-P

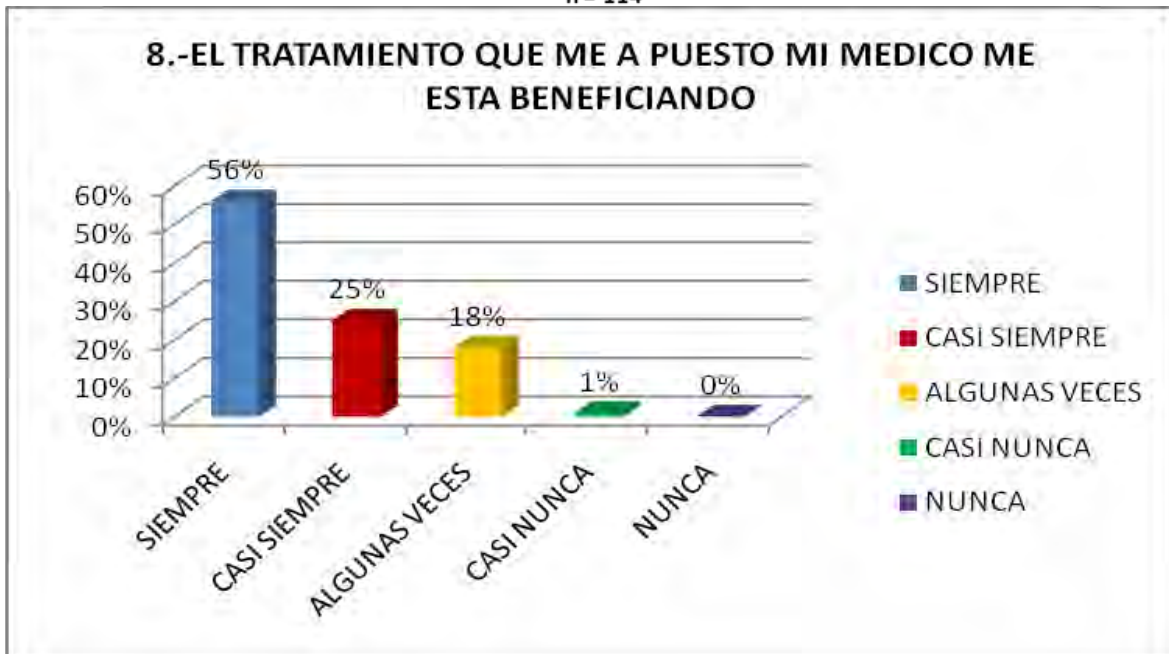


EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 11:EL TRATAMIENTO QUE ME A PUESTO MI MEDICO ME ESTA BENEFICIANDO

EL TRATAMIENTO QUE ME A PUESTO MI MEDICO ME ESTA BENEFICIANDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	64	56%
CASI SIEMPRE	29	25%
ALGUNAS VECES	20	18%
CASI NUNCA	1	1%
NUNCA	0	0%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 11
n = 114



FUENTE: CREM-P



EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 12: ESTOY DE ACUERDO CON MÍ MEDICO SOBRE LA CAUSA DE MIS SINTOMAS

ESTOY DE ACUERDO CON MI MEDICO SOBRE LA CAUSA DE MIS SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	62	54%
CASI SIEMPRE	24	21%
ALGUNAS VECES	24	21%
CASI NUNCA	1	1%
NUNCA	3	3%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 12
n = 114



FUENTE: CREM-P

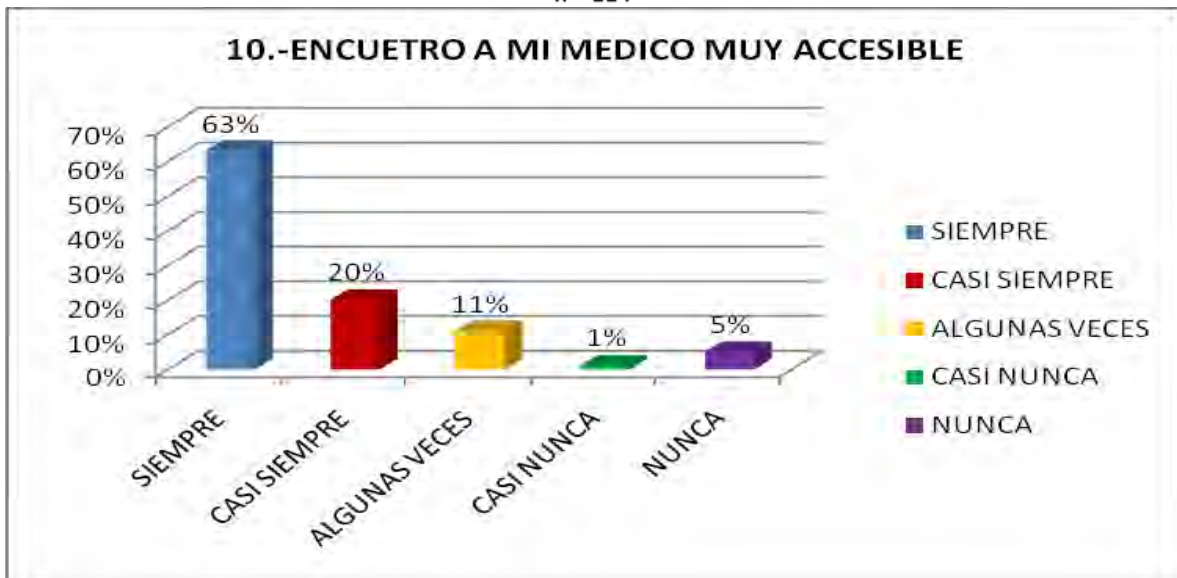


EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 13: ENCUENTRO A MÍ MEDICO MUY ACCESIBLE

ENCUENTRO A MI MEDICO MUY ACCESIBLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	72	63%
CASI SIEMPRE	23	20%
ALGUNAS VECES	13	11%
CASI NUNCA	1	1%
NUNCA	5	5%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 13
n = 114



FUENTE: CREM-P



EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 14: GRACIAS A MI MEDICO ME ENCUENTRO MEJOR

GRACIAS A MI MEDICO ME ENCUENTRO MEJOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	61	53%
CASI SIEMPRE	29	25%
ALGUNAS VECES	19	17%
CASI NUNCA	3	3%
NUNCA	2	2%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 14
n = 114



FUENTE: CREM-P



EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 15: GRACIAS A MI MEDICO TENGO MAS INFORMACION A CERCA DE MI SALUD

GRACIAS A MI MEDICO TENGO MAS INFORMACION A CERCA DE MI SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	63	55%
CASI SIEMPRE	22	19%
ALGUNAS VECES	20	18%
CASI NUNCA	5	4%
NUNCA	4	4%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 15
n = 114



FUENTE: CREM-P



EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE POR MEDIO DEL CREM-P, EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO VESPERTINO

Tabla 16: AHORA CONTROL MEJOR MIS SINTOMAS

AHORA CONTROL MEJOR MIS SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEPRE	59	52%
CASI SIEMPRE	27	23%
ALGUNAS VECES	25	22%
CASI NUNCA	1	1%
NUNCA	2	2%
TOTAL	114	100%

GRAFICA No. 16
n = 114



FUENTE: CREM-P

CONCLUSIONES

Comunicación:

Encontramos que 95 (83.3%) de los pacientes encuestados contestaron mi médico me entiende, 93 (81.15%) pacientes contestaron puedo hablar con mi médico, 90 (79.9%) pacientes contestaron mi médico me ayuda, 86 (75.5%) pacientes contestaron estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas, 95 (83.3%) pacientes contestaron encuentro a mi médico muy accesible y 85 (74.6%) pacientes contestaron gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud. Lo que nos da una frecuencia y porcentaje de 90.6 (79.6%) en comunicación en la relación médico paciente.

El puntaje más bajo en cuanto a comunicación en la relación médico paciente tomando en cuenta nunca y casi nunca como respuestas no favorables, 2 (1.75%) pacientes contestaron nunca y casi nunca mi médico me entiende, 7 (6.14%) pacientes contestaron nunca y casi nunca puedo hablar con mi médico, 4 (3.5%) pacientes contestaron nunca y casi nunca mi médico me ayuda, 4 (3.5%) pacientes contestaron nunca y casi nunca estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas, 6 (5.26%) pacientes contestaron nunca y casi nunca encuentro a mi médico muy accesible y 9 (7.89%) pacientes contestaron nunca y casi nunca gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud. por lo que tenemos 5.3 (4.67%) de comunicación no favorable en la relación médico paciente.

Un factor importante de mencionar en la comunicación médico paciente es el grado de escolaridad que predominó en este estudio, ya que a mayor grado académico es más fácil que el paciente entienda los términos que en ocasiones ocupan los médicos, además que es más fácil que el paciente exprese sus malestares.

Observamos que el porcentaje restante no favorable para la comunicación se puede deber a insuficiente explicación del médico respecto a la causa de la sintomatología del paciente, y no informar adecuadamente sobre el estado de salud del paciente.

Satisfacción:

Encontramos que 92 (80.7%) pacientes entrevistados contestaron mi médico se esfuerza en ayudarme, 94 (82.4%) pacientes contestaron estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico, 93 (81%) pacientes contestaron el tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando, 90 (78.9%) pacientes contestaron gracias a mi médico me encuentro mejor y 86 (75.4%) pacientes contestaron ahora controlo mejor mis síntomas. Lo que representa 91 (79.7%) de satisfacción en la relación médico paciente.

En las respuestas no favorables encontramos que 5 (4.38%) pacientes contestaron nunca y casi nunca, mi médico se esfuerza en ayudarme, 6 (5.26%) pacientes contestaron nunca y casi nunca, estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico, solo 1 (0.87%) paciente contesto nunca y casi nunca, el tratamiento que me ha puesto mi médico me esta beneficiando, y 5 (4.38%) pacientes contestaron nunca y casi nunca gracias a mi médico me encuentro mejor y 3 (2.63%) pacientes contestaron nunca y casi nunca, ahora controlo mejor mis síntomas, lo que nos muestra 4 (3.5%) como frecuencia Y porcentaje negativo.

Observamos que La satisfacción en este estudio en la población que respondió no favorable, la principal causa es al no encontrar mejoría de su sintomatología

Accesibilidad:

Encontramos que 94 (82.4%) de los pacientes entrevistados confía en su médico, 92 (80.7%) pacientes contestaron mi medico se esfuerza en ayudarme, 85 (74.5%) mi medico me dedica suficiente tiempo, y 95 (83.3%) encuentro a mi medico muy accesible, por lo que 91.5 (80.2%) de los pacientes refieren accesibilidad de su medico en la relación medico paciente.

De los pacientes que se estudiaron se encontró que 4 (3.5%) pacientes contestaron casi nunca y nunca confío en mi médico, 5 (4.38%), contestaron casi nunca y nunca mi médico se esfuerza en ayudarme, 8 (7%) pacientes contestaron nunca y casi nunca mi médico me dedica suficiente tiempo y 6 (5.2%) pacientes contestaron nunca y casi nunca, encuentro a mi medico muy accesible. lo que nos muestra una frecuencia y un porcentaje negativo del 5.7 (5%) en accesibilidad.

Encontrando como limitante principal en este estudio el factor tiempo, ya que algunos pacientes creen que la duración de la consulta es una dimensión importante de calidad de la atención.

Es importante señalar la diferencia de población especialidad y tamaño de muestra de este estudio con respecto al estudio original. En el cual pone de manifiesto su utilidad intercultural y sociodemográfica entre una sociedad y otra.

Podemos concluir que independientemente de los comentarios que muy comúnmente se escuchan en la sociedad con respecto a la práctica medica en el IMSS, el resultado es favorable a lo esperado, y podemos decir que el médico familiar tiene la capacidad de entablar una buena relación medico paciente cumpliendo con satisfacción comunicación y accesibilidad, y las limitantes no dependen de su ejercicio medico sino a la cantidad de consultas de debe realizar en tampoco tiempo.

DISCUSION

La valoración de comunicación fue favorable, solo un pequeño porcentaje limita esta variable, y lo podemos atribuir a que dado que en la consulta externa se destina aproximadamente 15 minutos para la atención de cada paciente y la consulta diaria se compone de aproximadamente de 20 a 25 pacientes no es suficiente el tiempo para explicar con detalle como el medico desearía al paciente, y no da tiempo a preguntar si el paciente entendió lo que el medico quiso decir.

Encontramos que 5.3 (4.67%) de pacientes valoro de forma negativa la comunicación con su médico, por lo que el médico familiar debe realizar esfuerzos para entablar una adecuada comunicación haciéndola más sencilla y comprensible para garantizar una adecuada decodificación de las ideas que se quiere transmitir.

En satisfacción podemos concluir que fue favorable la respuesta de la muestra, sin embargo 4 (3.5%) pacientes que contestaron de forma negativa, se encontró que la limitante es la persistencia de sintomatología y mal respuesta al tratamiento, pero es importante aclarar que no conocemos las condiciones clínicas del paciente y la cronicidad de su patología, por lo que podría complementarse con un estudio que valore patología y apego a tratamiento por parte del paciente.

La accesibilidad también observamos una respuesta favorable, sin embargo 5.7 (5%) de pacientes que contestaron de forma negativa, encontramos que el factor tiempo abarco una importante tendencia desfavorable, ya que la mayoría de los pacientes creen que la duración de la consulta es una dimensión importante de calidad de la atención, algunos estudios determinan que una adecuada consulta se realiza en 30 minutos sin embargo el médico familiar debe acortar el tiempo de consulta hasta en 10 minutos.

El estudio previo realizado fue al momento de su validación en España en el cual se aplicó el cuestionario original de 15 ítems diseñado en Inglaterra, el estudio fue aplicado a pacientes de la consulta externa de la especialidad de Medicina Interna, por lo que no hay estudios previos con este mismo instrumento en medicina familiar y no es posible contrastar con los resultados obtenidos en este estudio.

Una de las principales limitaciones del cuestionario es la visión unilateral centrada en el paciente, ya que solo analizamos el punto de vista del paciente y no la del medico.

La identificación de aquellos factores que se asocian a deficientes grados de acuerdo entre médicos y pacientes que permita la búsqueda de su corrección y en consecuencia que pueda contribuir a mejorar la comunicación, satisfacción y accesibilidad entre el medico y el paciente.

Podemos proponer, buscar o desarrollar en futuras investigaciones un instrumento aplicable al medico que valore los mismos parámetros del CREM-P y que podamos tener una visión bilateral mas confiable.

Seria muy interesante la aplicación del cuestionario CREM-P a las distintas especialidades de hospital general de zona con unidad de medicina familiar no.8 y comparar resultados con los obtenidos en esta investigación. Podemos pensar que la visión holística con que aborda al paciente el médico familiar pueda ser una de las causas de un resultado favorable en este estudio y tendríamos que esperar un resultado negativo en las distintas especialidades que se basan en el sistema biologicista.

Además otro factor importante que puede influir en el estudio es el tiempo que tiene el paciente de conocer a su médico familiar, que puede ser de meses a varios años, por lo que sería interesante un estudio que tomara en cuenta esta situación además de las diferentes condiciones socio demográficas, edad, escolaridad y genero.

BIBLIOGRAFIA:

1. Héctor Rodríguez Silva. La Relación Médico- paciente. Rev. Cubana de Salud Pública 2006 ;32(4)
2. Maria Luisa Cuevas, Isidro Ávila. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. Salud Pública Méx. 1991, Vol.33 (6); 576-584.
3. José Luís Huerta González. Medicina Familiar, La Familia en el proceso salud-enfermedad. Relación médico-paciente. Méx. 2005 pg:137-149
4. Apolinar Membrillo Luna, Miguel Ángel Fernández Ortega: Familia introducción al estudio de sus elementos. Comunicación en la relación médico-paciente. Méx.2008 pg: 245-264.
5. Patricia Ocampo Barrio.Elementos para el estudio médico de la familia. Una perspectiva psicosocial. Atención familiar. 2007; 14(3) p.65-67
6. Tsuchida Fernández, Bandres Sanchez: Nivel de Satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de Medicina Interna. Rev.Medica Hered. 14(4) Perú. 2003 175-179
7. J.C. Mingote Adán, B. Moreno-Jiménez. Validación psicométrica de la versión española del cuestionario de relaciones médico-paciente (CREM-P) Universidad Autónoma de Madrid, Madrid 2008
8. Robert T. Hall, Jorge Luís Hernández. Relaciones médico-paciente: un estudio empírico. Medicina y Ética. Méx. 2007/3 315-336.
9. Ignacio Maglio. La medicalizacion de la vida como causa de reclamos contra la práctica medica. Medicina. Vol.58 N° 5/2 Buenos Aires 1998.
10. Cecilia Sogi, Salomón Zavala. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. Anales de la Facultad de Medicina, universidad Nacional Mayor de San Marcos.Lima Perú. 2006 pg.30-37
11. Pedro Lain Entralgo. La Relación Medico-Enfermo. Alianza Universidad de Madrid. España 1983.
12. Mario Tamayo y Tamayo. El proceso de la investigación. 4ª edición. Ed. Limusa, Méx. 2001.

13. Hernández Sampier, Fernández Collado. Metodología de la Investigación. 4ª edición, Ed. Mc Graw Hill. Méx. 2008
14. Pita Fernández. Epidemiología. Conceptos básicos. Unidad de epidemiología clínica. Universidad de Alicante 1995.
15. Julio Cabrero. Miguel Richard. Apuntes: Metodología de la Investigación I. Universidad de Alicante , 2008
16. calculo del tamaño de la muestra
.WWW.fisterra.com/material/investiga/8muestra.htm.
17. Victor M. Velasco R. Muestreo y Tamaño de Muestra, una guía practica para personal que realiza investigación. Méx. 2002

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha México DF.

Del 2009.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE EN LA CONSULTA
EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No8 EN EL TURNO
VESPERTINO

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es: Evaluar la relación Medico Paciente en paciente adscritos a la consulta externa de medicina familiar turno vespertino del HGZ/UMF No.8 San Ángel, con la aplicación del cuestionario de Relaciones Médico Paciente (CREM-P), que es la versión española del instrumento internacional Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ)

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario de manera confidencial y lo más cercano a la realidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del paciente

Dr. GONZALEZ MONTAÑO JORGE JAVIER.

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

En caso de duda o aclaraciones comuníquese al teléfono: 58-55-73-70,
Testigos

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE RELACIONES MEDICO-PACIENTE (CREM-P)

El siguiente cuestionario nos proporciona información importante, por lo cual le solicitamos ser honesto en cada una de sus respuestas. Esta información será confidencial. Marque con una X la respuesta que usted considere adecuada.

Edad: Sexo: Escolaridad: Estado civil:

	nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Mi médico me entiende					
Confío en mi médico					
Mi médico se esfuerza en ayudarme					
Puedo hablar con mi médico					
Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico					
Mi médico me ayuda					
Mi médico me dedica suficiente tiempo					
el tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando					
Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas					
Encuentro a mi médico muy accesible					
Gracias a mi médico me encuentro mejor					
Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud					
Ahora controlo mejor mis síntomas (aunque vea menos al médico)					