



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75



**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA RESPECTO AL MÉDICO  
FAMILIAR EN LA U. M. F. No. 70 DE ZINAPÉCUARO, MICHOACÁN.**

**Tesis**

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

**PRESENTA:**

**DR. GUSTAVO SANCHEZ GARCÍA**

**Morelia, Michoacán, Enero 2008.**



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.

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA RESPECTO AL MÉDICO FAMILIAR EN  
LA U. M. F. No. 70 DE ZINAPÉCUARO, MICHOACÁN.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

**DR. GUSTAVO SÁNCHEZ GARCÍA**

AUTORIZACIÓN



**DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO**

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS.

**Morelia, Michoacán, Enero 2008.**

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA RESPECTO AL MÉDICO FAMILIAR EN  
LA U. M. F. No. 70 DE ZINAPÉGUARO, MICHOACÁN.


TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. GUSTAVO SÁNCHEZ GARCÍA

AUTORIZACIONES



---

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

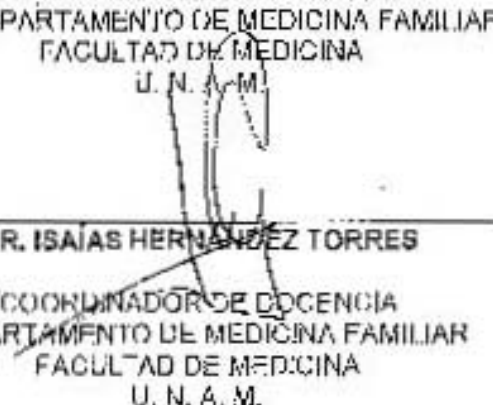
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



---

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



---

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres Gustavo Sánchez-Chávez, hombre honesto en el cual siempre he encontrado un padre y amigo, gracias a su compañía mi vida ha sido plena, a mi Madre Elena García que fue la guía en mis primeros pasos por las aulas, me brindó el amor y cariño que me invitan a añorar mis días de niño.

A mi esposa Beatriz Adriana, gracias por aquella mañana en que te conocí, llegaste a ser mi novia, esposa y amiga; hoy tu y yo iniciamos un nuevo día de los miles más que pasaremos juntos, esposa, amiga, compañera y novia mía, gracias por cruzar en mi andar, eres tu la mujer que supo ver en mí lo que nunca descubrí por mí mismo, me has enseñado a ver la vida en familia, estas siempre a mi lado y yo lo estaré del tuyo.

A mis hijos Gustavo, Sergio y Christopher, gracias hijos míos por darme en su compañía la alegría de vivir y gracias por haber llegado a una vida que sin ustedes, solo sería soledad y oscuridad.

A Dios que aunque poco me acerco a él, se que siempre has estado cerca de mí.

Al Dr. Octavio Carranza, hombre sencillo y de vasto conocimiento en el que encontré al amigo.

A la Dra. María de los Ángeles Rentería, con sus conocimientos y nobleza me mostró que el camino lleno de espinas es para los que no creen en sí mismos.

A mis amigos Alfonso, Pablo, Dulce María, Belén, Hugo hombres y mujeres de los que aprendí el sentido de la amistad.

A mí; que el camino tiene veredas y senderos y que debo aprender de mis errores y horrores más que de mis triunfos o fracasos, hoy termino una etapa de mi vida con un íntimo sentir.

En mi rebeldía pido a dios que me juzgue y al hombre que no me ignite.

Gustavo Sánchez García

(1988-¿?)

## INDICE

1. INTRODUCCION. ....	8
2. ANTECEDENTES. ....	10
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ....	26
4. JUSTIFICACION. ....	30
5. OBJETIVOS. ....	32
6. METODOLOGIA. ....	33
7. RESULTADOS. ....	36
8. DISCUSION. ....	41
9. CONCLUSIONES. ....	43
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. ....	44

## 1. INTRODUCCION.

La comunicación no solo debe servir para obtener la información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, también debe ser empleada para que el paciente se sienta escuchado y así lograr comprender el significado de su enfermedad. Corresponde al médico familiar identificar desde su práctica diaria, sus dificultades y transformaciones para poder incidir en el cuidado de la salud de los pacientes, y lograr mantener la relación médico-paciente de una manera adecuada y satisfactoria.

Siempre que un paciente pierde la salud, inicia un proceso en donde el individuo se ubica primero como "enfermo" y luego como "paciente" el médico familiar debe identificar los factores que influyen para que una persona decida buscar ayuda profesional para recuperar y mantener la salud, por ello el médico debe aprender a identificar las etapas de mayor riesgo en la entrevista médica donde puede derivar en una relación médico-paciente.

El médico debe destacar una visión humanista y ética, esta reflexión respecto a la relación médico-paciente desde un enfoque bio-psico-social aborda la necesidad de un cambio de actitud, ante las nuevas perspectivas del ejercicio profesional.

El presente estudio trata de comprender la dificultad en la relación médico-paciente, desde la percepción que el paciente tiene de su médico familiar, en la que el paciente y su familia logran una sana comunicación con el médico. Se puede suponer que la opinión que tenga el paciente de su médico será en base a la percepción que tiene del mismo.

Las preguntas que surgen en este contexto son en el sentido de cuáles serán los elementos que llevan a los pacientes a seleccionar a sus médicos, o sea, cómo el paciente percibe y decide por quién desea ser atendido en caso de que ejerza su derecho a elegir.

Este trabajo propone abordar en esta problemática y hacer una evaluación de las percepciones que muestran los pacientes y sus familiares una voz que han recibido

atención médica en las clínicas del Seguro Social, siempre teniendo en cuenta las restricciones que esta institución tiene para que los pacientes elijan a sus médicos.

Para lo anterior, se revisó el contexto teórico de la relación clínica denominada, relación médico-paciente, así como las bases que la sustentan en cuanto a comunicación, ambiente administrativo de la atención médica y valores éticos involucrados. Se aplicó un cuestionario a los pacientes inmediatamente después de haber recibido atención por su médico, donde se les pidió opinión sobre el trato, la comunicación y la actitud del médico tratante. Los resultados permiten concluir que los pacientes tienen una buena percepción de los médicos familiares.



## 2. ANTECEDENTES.

La práctica de la medicina se basa en la relación humana que se estableció entre el médico y el paciente. La palabra paciente viene de *patiens -entis*, de pati; padecer, sufrir, voz adjetivada que desde el siglo XV se refiere a los enfermos; por tanto persona que padece física y corporalmente; el doliente, el enfermo. El vocablo médico viene de *medicus*; de *mederi*; curar, curar. Se trata pues de de una relación contractual: en la que uno cuida el sufrimiento del otro.<sup>1</sup>

Históricamente esta relación ha cobrado diversos matices, como lo señala Luis Estralgo<sup>2</sup> En la Medicina clásica griega la relación estaba fuertemente cargada de un interés filial, por la concepción que los griegos tenían de la relación humana. Durante la edad media, el Cristianismo influyó de manera importante para darle un matiz religioso y místico, suponiendo que el médico debía ejercer la caridad cristiana. De la misma manera esta relación se ha modificado con el Renacimiento, el Romanticismo y la Modernidad.

Con el desarrollo de la ciencia moderna, la medicina tiende a basarse en los criterios de cientificidad y con ello ha elevado la relación con el paciente a la condición de una relación técnica, más que humana. De aquí que, en la actualidad la relación médico paciente se reduzca a la aplicación de técnicas para documentar el diagnóstico y no para comprender al enfermo y su padecimiento.

Una preocupación actual relacionada con la Bioética y la Deontología médica desde la perspectiva del médico, busca mejorar la relación profesional con los pacientes. Se atiende a que la medicina debe basarse en principios éticos que norman la conducta y el actuar profesional.<sup>3</sup>

Sin embargo, sigue faltando el punto de vista de los pacientes. La medicina es una práctica social que define sus propias condiciones éticas; es decir "se trata de una profesión libre."<sup>4</sup>

La cuestión entonces es considerar si la libertad que tiene el médico para actuar incluye o por lo menos considera la libertad del enfermo para decidir, elegir u optar por alternativas. En este sentido esta investigación trata de averiguar las posibilidades que tienen los pacientes para juzgar desde su perspectiva la relación médico-paciente.

En condiciones ordinarias, el paciente acude con el médico; usualmente porque tiene una enfermedad. Esta condición propicia inestabilidad, malestar, miedo y amenaza de muerte, dependiendo de la naturaleza del daño y la susceptibilidad del paciente. El médico, por lo menos en el ambiente institucional, ha sido contratado para atender al enfermo y su enfermedad, situación que no ocurre en la medicina privada. La relación que se establece frecuentemente está permeada por la necesidad del paciente y la obligación contractual del médico.

De lo anterior se deriva que con frecuencia los pacientes y los médicos en el IMSS mantienen una relación conflictiva, pues ambos esperan mayor libertad para decidir o incluso, aceptarse mutuamente. Es fácil advertir en ello la fuente de quejas e inconformidades con los servicios recibidos por parte de los pacientes, pero en contraparte los médicos también tienen quejas de la población que atienden.

Es por ello que en la relación médico-paciente, como en cualquier relación interpersonal, la percepción del otro es un fenómeno decisivo en el curso que tomará la relación. En el encuentro, los sentidos proveen de datos del mundo exterior: sin procesar: la mirada, el olfato, el gusto, el tacto; estos datos iniciales carecen de significado, por lo que se sigue un proceso de interpretación que busca encontrar la relación que tienen con el contexto.

Gilson,<sup>4</sup> propone que "la percepción es el proceso por el cual el individuo atribuye un significado al ambiente que lo rodea". dar significado al ambiente requiere de una integración de la información sensorial en elementos cognitivos, por ejemplo nuestros

recuerdos, la propia presunción básica del mundo que nos rodea, los modelos de roles dando un enfoque muy personalista al ambiente en el que se interacciona, la percepción comprende principalmente dos procesos:

1. La recondición o selección de la información que nos llega del exterior (ambiente, personas, acontecimientos, etc.), reduciendo la complejidad y facilitando su almacenamiento en la memoria.
2. Un intento por ir más allá de los acontecimientos futuros produciendo circunstancias o sorpresas (lo podemos denominar a esto, predisposición).

Entre dos procesos dan estructura a la actitud perceptual, en el sentido que la percepción no constituye un continuo procesamiento de estímulos caóticos que se almacenan en la memoria sin orden; sino por el contrario, al percibir una persona o un objeto se crea un orden en todo ese caudal de información que se ha percibido, este orden permite poder reexaminar la información para poder adicionar más información de interés para poder entender comportamientos y situaciones.

El aspecto conductual y cognitivo de la percepción está vinculada con los conocimientos relevantes del pasado y la experiencia para interpretar los símbolos, los objetos y las personas del entorno para de esta forma originar conductas o aprendizajes en torno a los hechos.

Es importante tener en cuenta que este tipo de conocimiento será distinto en cada individuo por lo que en consecuencia la percepción de uno es totalmente distinta a la percepción del otro, no solo se quiere decir que dependiendo de cómo el individuo perciba la situación, manifestará una determinada conducta, ya sea si la persona percibe la situación como potencialmente peligrosa o no.

De lo anterior se puede deducir que la percepción significa siempre una versión interpretada de la realidad, en la cual puede darse a la conciencia como transformadora o

distorsión de la realidad, agregando información que no viene con el estímulo. En este sentido, puede señalarse que la percepción del médico por su paciente involucra ilusiones conflictivas, muchas veces derivada de experiencias previas con algún médico institucional y, hay fondo de predisposición a una relación conflictiva.<sup>5</sup>

Así pues, la percepción dependerá básicamente de la comunicación y se puede dividir en dos tipos de antecedentes, los internos (aprendizaje, creencias, actitudes y reacciones) y los externos o ambientales (educación, hábitos, aficiones, etc.), ambos forman el patrón perceptivo que permite ser objetivos. Así mismo se podrá señalar que la percepción es el proceso por el que los datos entran en relación y se organizan, acomodando las percepciones de dos maneras fundamentales: hechos, (lo que se tiene en común, por ejemplo un accidente de automóvil); y Singulares: que son los valores, los sentimientos (ejemplo, el cómo percibe de manera distinta un accidente de automóvil cada persona con su forma individual de sentir o valorar).

La valoración perceptiva dependerá tanto de la fisiología del individuo, como de la familia que lo educó, así como la cultura en que se formó. Existen muchos mecanismos para manipular la percepción, tales como la estereopsis, (falsedad), el efecto halo (usar un rasgo particular para enmascarar aquello que no sabemos), la proyección (atribuir la singularidad de un individuo a otro), la expectación (la autosatisfacción, pretélica).

Hay que tener en cuenta que la variación perceptiva, (relacionada con el ruido que portaba la codificación y decodificación de los mensajes) es una de las barreras que distorsionan la comunicación entre los individuos, la sobrecarga de información puede generar errores, demorar los asuntos u omitir alguna actividad. Por ello es fundamental la comprensión del mensaje con la comunicación verbal y no verbal que pueden dar un sinnúmero de significados, en tales circunstancias, escuchar con atención es una buena

alternativa para mejorar la comunicación, y es por ello que la percepción está estrechamente relacionada con la comunicación interpersonal y con la relación médico-paciente.<sup>6</sup>

En México en el Sector Salud, pero incluso en la práctica privada la medicina de primer contacto o primer nivel de atención, se otorga tanto por médicos generales como por especialistas en medicina familiar.

De acuerdo con datos de La Academia Nacional de Medicina, 90 a 85% de este tipo de atención lo brindan médicos generales, una cantidad considerable de ellos ejercen la práctica privada.<sup>7</sup> Sin embargo, tanto el ámbito privado como en el sector oficial difícilmente podemos asegurar que los pacientes tienen derecho de elegir a su médico tratante; ya que en ambos casos los pacientes no tienen más opciones para elegir.

En el contexto del IMSS, el médico familiar tiene una adscripción fija de familias con las cuales se conoce u interactúa en diversas circunstancias clínicas. El sistema administrativo le obliga a dar una atención médica de calidad dentro de un margen de tiempo específico, y siempre en base a conocimientos, capacidad y actitudes propias del perfil profesional.

La consulta transcurre en un contexto entrópico, existen demasiadas barreras que antevienen en la relación profesional. A pesar de todo, el médico por consideraciones deontológicas procurará que la interacción entre el médico y el paciente paulatinamente avance, siempre en muy poco tiempo hacia un encuentro sereno y cálido, a fin de crear una relación de confianza.

Un elemento fundamental que debe dominar el médico es la comunicación humana, el médico debe ser un profesional de la comunicación, no solo en cuanto a los aspectos teóricos, sino principalmente en su práctica.

La teoría de la comunicación de Paul Watzlawick,<sup>2</sup> ha establecido cinco axiomas de la comunicación que son el punto de partida de la teoría del lenguaje y de la acción comunicativa.

El primer axioma se refiere a la imposibilidad de no comunicar, no hay nada que sea lo contrario de conducta. La no conducta no existe, es imposible no comportarse. En una situación de interacción toda conducta tiene valor de mensaje es decir, es comunicación, por eso por más que uno lo intente, no se puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje.

El segundo axioma, se refiere a los niveles de contenido y relación en la comunicación, toda comunicación poseerá un contenido (lo que decimos) y una relación (a quién y cómo se lo decimos). A través de la comunicación, todos podemos expresar nuestra forma de ser y la visión de relación con la otra persona.

El tercer axioma anuncia la puntuación y secuencia de hechos, para un observador una serie de comunicaciones pueda entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios de mensajes. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que se llama "puntuación de la secuencia de los hechos". En una secuencia prolongada de intercambios; las personas puntúan la secuencia de modo que uno de ellos o el otro tiene iniciativa, predominio o dependencia. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar secuencia de hechos es la causa de incontrolables conflictos en las relaciones de comunicación.

El cuarto axioma establece dos tipos de comunicación:

- a) La digital, que es aquella que se transmite a través de símbolos lingüísticos o escritos, y será el vehículo del contenido de la comunicación, aquí la palabra es una convención semántica del lenguaje, no existe correlación entre la palabra y la cosa que representa.

b) La comunicación analógica, que vendrá determinada por la conducta no verbal: tono de voz, gestos, la postura, expresión facial, los movimientos corporales (mímica), el ritmo, la cadencia de las palabras, el silencio y los indicadores comunicacionales que aparecen en el contexto y será el vehículo de la relación.

El quinto axioma, describe la interacción asimétrica y complementaria, en el primer caso, los participantes tienden a igualar espúciamente su conducta recíproca; en el segundo caso la conducta de uno de los participantes complementa la del otro.

En esta propuesta teórica, se llama mensaje a cualquier unidad comunicacional singular o bien se habla de comunicación cuando no existen posibilidades de confusión. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibe el nombre de interacción, ya que constituyen un nivel más elevado en la comunicación humana. Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Cualquier comunicación implica un compromiso y define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor.<sup>9</sup>

Por otra parte, Paul Watzlawick ha insistido en el hecho de que toda comunicación implica un compromiso y por ende, define una relación. Una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo impone conductas. Los dos aspectos básicos de toda comunicación son la referencia y la connotación. El aspecto referencial de un mensaje transmite información, por ende en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje.

El aspecto connotativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es y por ende, en última instancia, la relación entre los comunicantes. El aspecto referencial transmite datos de la comunicación y el connotativo dice cómo debe entenderse la misma.



Así el segundo axioma implica que: "toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto de relacionar tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende una metacomunicación".

Por otro lado, la puntuación organiza los hechos de la conducta. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de los hechos es la causa de infinidad de conflictos en las relaciones. Es en base a esto que el tercer axioma precisa que, "la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes". Si se interpreta este enunciado de frente al cuarto Axioma, resulta comprensible que el problema central de la comunicación es la naturaleza misma del lenguaje: Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje.

Por eso la comunicación analógica es mucho más complicada pues incluye lo no verbal, la postura, los gestos, las expresiones faciales, el tono de voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras; pues el lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

De todo lo anterior se puede concluir que en una relación complementaria un participante ocupa la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria. Por siglos este juego comunicativo en la medicina clínica ha sido el eje del arte de curar.

Bajo estas condiciones, el médico debe ser capaz de reconocer los problemas individuales y de la dinámica familiar. Pensar en el impacto que la enfermedad puede producir en la familia, a esto Mo Whimney lo denomina "pensar en términos de familia", al



turnar esta actitud el médico percibe las tensiones inconfamiliares que con frecuencia subyacen en los cuadros depresivos y en los síntomas somáticos.

En el campo de lo concreto, la eficiencia de la comunicación clínica se puede ver como habilidades comunicacionales<sup>16</sup> y se clasifican en:

1. Habilidades de comunicación básicas:

- a) Abrir y cerrar la puerta, iniciar una pregunta abierta.
- b) Habilidad para obtener y cuestionar datos.
- c) Habilidad para organizar la entrevista.
- d) Responder a las emociones y otras habilidades de la relación.

2. Habilidades intermedias:

- a) Manejo de la violencia
- b) Negociación para cambiar las conductas indeseables.

3. Habilidades de comunicación avanzada:

- a) Habilidad para dar malas noticias.
- b) Historia espiritual del paciente.
- c) Decisiones avanzadas.
- c) Dilemas éticos.
- c) Confrontación del atchó ino con su diagnóstico.

La entrevista clínica también permite recolectar datos que facilitan el diagnóstico, así como facilitar la comunicación y la relación médico-paciente. El valor de la información obtenida dependerá de la actitud interesada del médico y su habilidad para formular preguntas comprendidas por el paciente, atender como lo dice, tanto como lo expresa con posturas, gestos, movimientos y otros aspectos emocionales y de comportamiento que le permitan obtener datos sobre lo que ocurre en el cuerpo y la mente de los pacientes.

Los momentos importantes del encuentro del médico con el paciente se pueden señalar de la manera siguiente:

- ❖ Conceder un periodo de carácter social (saludos, presentaciones),
- ❖ invitar al paciente y a su familia a sentirse cómodos.
- ❖ Mostrar atención y respeto en todo momento.

Durante la entrevista clínica debe identificarse los problemas relevantes mientras se mantiene una relación empática de trabajo, siempre evitando actitudes solomnes o autoritarias, lo cual puede lograrse a través de:

- ❖ Permitir que el paciente cuente su historia manteniendo un control de la entrevista.
- ❖ Utilizar un lenguaje de acuerdo con la edad y antecedentes del paciente.
- ❖ Mostrar interés al escuchar.
- ❖ Formular adecuadamente las preguntas delicadas.
- ❖ Pasar de un área de preguntas a otra de manera efectiva.
- ❖ Hacer periódicamente breves resúmenes.
- ❖ Permitir la expresión libre de los sentimientos.
- ❖ Transmitir la comprensión de los sentimientos expresados.
- ❖ Señalar inconsistencias y ambivalencias en las respuestas del paciente.
- ❖ Obtener información adecuada
- ❖ Prestar atención tanto a lo que se relata como a lo que se omite.
- ❖ Prestar especial atención al lenguaje verbal y no verbal y correlacionarlo con el contenido de la entrevista.

Para el final de la entrevista el aspecto más importante es terminar de manera tal, que el paciente y/o el grupo familiar se sientan satisfechos y seguros de haber sido atendidos. En esta fase es conveniente:

- ❖ Informar acerca del paso a seguir.

- ❖ Verificar que han desaparecido las tensiomas en el paciente.
- ❖ Dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas mediante una breve tribuna libre al final de la sesión.<sup>1</sup>

En lo que se refiere a cuestiones bioéticas, la relación médico-paciente se ha confrontado con los llamados "Derechos de los pacientes"<sup>2</sup> a fin de cuentas, variante de los Derechos humanos y producto de una larga deliberación en foros internacionales que han buscado establecer consensos.<sup>3</sup>

Los principios básicos de los derechos del paciente establecen:

1. Recibir trato digno y respetuoso
2. Información suficiente, clara, oportuna y veraz
3. Decidir libremente sobre su atención
4. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.<sup>4</sup>

Podríamos entonces suponer que la opinión que tenga el paciente uo su médico será or base a la percepción que tiene del mismo. Las preguntas que surgen en este contexto son en el sentido de cuales son los elementos que lleva a los pacientes a seleccionar a sus médicos, o sea cómo el paciente percibe y decide por quién desea ser atendido.

Szasz y Hollander, proponen tipificar la relación médico-paciente según el grado de participación del mismo; describen tres niveles o modalidades de la relación diferentes:

- 1) Nivel 1 "Actividad del médico y pasividad del enfermo", es el tipo de relación que se produce en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por sí mismo, como es el caso de las situaciones de "urgencia médica o quirúrgica", pacientes con pérdida o alteración de la conciencia. En estos casos el médico asume el protagonismo y la responsabilidad total del tratamiento. Ejemplo: La relación que tiene la madre con su hijo recién nacido (madre-lactante).

2) Nivel 2 "Dirección de médico y cooperación de paciente", es el tipo de relación que tiende a darse en las enfermedades agudas infecciosas, etc. En este caso el paciente es capaz de cooperar en el interrogatorio y el tratamiento, el médico toma una actitud directiva y el paciente coopera respondiendo las preguntas, ejemplo: (relación padre-hijo).

3) Nivel 3 "Participación mutua del médico y el paciente", esta relación es la más adecuada en los enfermos crónicos, la rehabilitación postoperatoria, la readaptación física o psíquica. El paciente asume una actitud activa con iniciativa en el tratamiento: así en pacientes diabéticos, enfermedades cardíacas, ejemplo: (relación adulto-adulto).

Lo anterior no quiere decir que haya diferencias en relación a mejor manejo de la entrevista clínica, sino que el médico debe aplicar el tratamiento en manera a las necesidades de atención que requiera el paciente.

Por su parte Von Gebstarr, describe diferentes fases de la relación médico-paciente según el grado de personalización.

- a) Fase de llamado, el paciente acude al médico solicitando remedio a sus dolencias y el médico responde satisfaciendo las necesidades del enfermo.
- b) Fase de objetivación, el interés del médico se centra en el examen científico del proceso patológico, por lo que las relaciones impersonales pasan a un segundo plano, relacionándose con el paciente más como un objeto de estudio que como una persona.
- c) Fase de personalización, realizado ya el diagnóstico y establecido el plan terapéutico, es cuando el médico se relaciona por fin, no sólo con un hombre que sufre, sino con una persona enferma determinada que es ya "su enfermo".

Tal como distingue dos tipos de relación según la interacción entre el médico y el paciente ya sea directamente interpersonal, o se hace mediatizada por el órgano enfermo:

- a) El modelo interpersonal de relación: La enfermedad se considera como un todo el trastorno forma parte del paciente y se produce una implicación personal en la relación, ya que ésta se establece directamente entre dos personas donde iniciará una relación afectivo-intelectual, el médico no sólo debe ver el órgano enfermo, sino la totalidad del paciente, pasando de la medicina a la psicoterapia.
- b) El modelo técnico de servicio de la relación: La atención se centra en el órgano 'enfermo' y el paciente adquiere connotación de cliente, que solicita la atención del mismo, es una relación pragmática, operativa y funcional dirigida a obtener solo información del órgano afectado, en esta práctica médica especializada se ignora la personalidad y se parece a irracional si cuerpo físico del paciente, tratando sólo al órgano enfermo como si de un objeto se tratara.

Valdría la pena analizar en todo este contexto, el papel del familiar en esta relación médico-paciente. Pareciera que el único responsable del abordaje del paciente sería el médico, no es así, la familia juega un papel fundamental ya que es la que mejor conoce al paciente enfermo y nos brinda información vital, que al por situaciones de estrés o enojos no se ofrece al médico, producirá un deterioro del diagnóstico que se trata de establecer, por otro lado es obligación del familiar informarse sobre las condiciones de su paciente.

Un acercamiento a asunto entonces, es reconocer que el familiar acompañante participe en algo que llamamos relación médico-paciente-familia desempeñando por lo menos las siguientes funciones:

- a) ofrecer la mayor cantidad de información disponible sobre la enfermedad que se sospecha.

- b) Dar oportunidad al médico de establecer un diagnóstico y tratamiento para determinar la evolución.
- c) Pedir que el mismo médico le dé la información sobre la evolución de su paciente.
- d) No buscar información de muchas fuentes ya que habrá contradicciones y se genera incertidumbre.
- e) No quedarse con dudas sobre el padecimiento de su paciente.
- f) Si existe mala evolución o no ve mejoría de su paciente, informe a su médico tratante y demuestre su interés sobre una segunda opinión médica.
- g) Asignar a un responsable a quien se le dará la información de las condiciones del paciente, y así evitar la duplicación de la información al resto de la familia.
- h) Recordar que el trabajo del médico es ayudarla, por tanto ayudarlo para beneficio de su paciente.<sup>16</sup>

La especialidad de Medicina Familiar es relativamente nueva en México, sobre todo si se compara con la cirugía o la ginecología y obstetricia. Una expectativa respecto de esta especialista ha sido que asuma la salud como su objeto de estudio, más que la enfermedad. Pero a mismo tiempo se ha esperado que cambie el paradigma tradicional de ver a los pacientes como individuos aislados e incluya a su familia. Las razones son obvias, pues como señala Martínez Cortés, la enfermedad no es únicamente una alteración biológica, sino "Una experiencia llena de significados que viven tanto el enfermo como quienes lo rodean".<sup>17</sup>

La medicina familiar tiene como objetivo, el estudio la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud-enfermedad, por lo que tomar a la familia como unidad de análisis tiene las siguientes implicaciones:

- a) El énfasis en el diagnóstico y tratamiento en la familia se aplica como un todo. Así cualquier situación en la que un miembro se vea afectado, hará que se tome en

cuenta el efecto sobre todo el sistema familiar, por esto es fundamental que el médico familiar vea la inconveniencia de centrar su atención en un solo miembro de la familia, faltando así el objetivo principal que es identificar los factores de riesgo en la familia que pueden ser causas de enfermedad individual o colectiva.

- b) Todos los miembros de la familia tienen la oportunidad de llevar actividades médico-preventivas en forma adecuada y continua, de aquí la importancia del estudio de familia que trata de que no solo se atiendan patologías existentes sino también analizar el origen y formación de la familia, y así colocar factores de riesgo para poder implementar acciones de prevención primaria, secundaria o de rehabilitación.<sup>17</sup>

En el mismo contexto, el perfil del Médico Familiar contempla las siguientes

aptitudes y destrezas:

- a) Comunicación efectiva con el paciente y su familia en la atención médica.
- b) Conocer los factores de riesgo y la metodología clínica.
- c) Brindar atención integral continua y eficiente al individuo y su familia.
- d) Atención médica eficiente y oportuna en el consultorio y en el domicilio del paciente.
- e) Lograr una relación médico-paciente y médico familia.
- f) Mantener comunicación con el médico inter consultante derivando al paciente en forma oportuna.
- g) Utilizar los recursos de la institución y de la comunidad para la adecuada solución de los problemas individuales y familiares.
- h) Atender las necesidades de salud de la familia desde la gestación hasta la senectud.
- i) Efectúa actos quirúrgicos menores acorde a su perfil profesional.

- j) Participa activamente en el diagnóstico de salud de su consultorio e identifica grupos de riesgo, estableciendo acciones para su vigilancia, prevención y control.
- k) Colabora con el equipo de salud realizando acciones de protección específica y promoción para la salud.<sup>18</sup>

Por tanto, pensar la medicina desde la perspectiva del Médico Familiar nos remonta necesariamente a la historia de la profesión.

Implica considerar la vieja discusión de si la Medicina es arte, oficio, profesión o todo a la vez. Así, podemos decir que Hipócrates consolidó a la medicina como ciencia de carácter técnico desde el punto de vista del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico del enfermo. Pero a la vez, conlleva la idea de que la medicina debe ayudar en relación a la naturaleza, por ello la función del tratamiento se basaba en las dietas, la higiene y el ejercicio corporal, de igual manera se utilizaban las purgas, los eméticos, los aires, las aguas y los lugares.

Lein Entralgo ha descrito como ocurre la transformación de la medicina mágica a la medicina técnica: el empléico –finitado a estar hacer una cosa a fuerza de repetirla, el artista o el técnico, hace las cosas basadas en el porqué de su acción. Pero además de acción técnica el médico debe poseer conocimientos que le permitan ayudar a la naturaleza a lograr la curación del enfermo. El médico tiene que obtener a más de los conocimientos, la decencia lo que lo conlleva a ser honesto, humanitario, regular su vida y ser siempre dueño de sí. Podemos destacar que el modelo médico que debe prevalecer por tener el arte de conocer al hombre en su salud y en la enfermedad es el médico hipocrático.<sup>19</sup>

La modalidad que ha impuesto el modelo científico-tecnológico de la medicina ha significado el olvido de las tradiciones culturales de la medicina, con la consiguiente pérdida de valores filosóficos, éticos, y hermenéuticos que ofrecían, tanto la tradición clásica griega, como la medicina indígena de las culturas de Mesoamérica.



Por todo ello, vale la pena recuperar lo fundamental de la tradición que hemos dejado e incorporar a nuestra práctica lo que nos devuelva la imagen del médico que propone el Juramento Hipocrático:

\*Juro por Apolo médico, por Asclepio y por Higié, por Panacea y por todos los dioses y diosas, tomándolos por testigos, que cumpliré en la medida de mis posibilidades y mi criterio, el juramento y compromiso siguientes:

Considerar a mi maestro en medicina como si fuera mi padre; comportar con él mis bienes y si llega el caso, ayudarlo en sus necesidades; tener a sus hijos por hermanos míos y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo, sin gratificación ni compromiso; hacer a mis hijos partícipes de los preceptos enseñanzas y demás doctrinas, así como a los de mi maestro, y a los discípulos comprometidos y que han prestado juramento según la ley médica, pero a nadie más.

Dirigiré la dieta con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio y me evitaré toda maldad o daño.

No administraré a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pidan, ni tomaré la iniciativa de una sugestión de este tipo. Asimismo, no recetare a una mujer un pezaje abortivo; por el contrario viviré y practicaré mi arte en forma sana y pura.

No operaré con cuchillo ni siquiera a los pacientes enfermos de cálculos, sino que los dejaré en manos de los que se ocupan de estas prácticas.

Al visitar una casa, entraré en ella para bien de los enfermos, manteniéndome al margen de los daños voluntarios y de actos perversos, en especial, en todo intento de seducir a mujeres o muchachos, ya sean libres o esclavos.

Callaré todo cuanto vea y oiga, dentro y fuera de mi actuación profesional, que se refiera a la intimidad humana y no deba divulgarse, convencido de que tales cosas deben mantenerse un secreto.

Si cumplo ostó juramento sin fallar a él, que se me conceda gozar de la vida y de mi profesión rodeado de la consideración de todos los hombres hasta el final de los tiempos, pero si lo olvido y juro en falso, que me ocurra todo lo contrario.<sup>23</sup>

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la práctica de la medicina institucional, los pacientes reciben la atención por médicos que no han elegido, y frecuentemente sufren diferencias importantes e incluso suele haber rechazo a la persona o al servicio. La dinámica del sistema médico administrativo obliga a contratar médicos en forma emergente para cubrir vacaciones, ausencias no programadas o cualquier ausencia del médico que originalmente fue asignado a un consultorio y a una población determinada.

El resultado es que los pacientes y sus familiares con relativa frecuencia son atendidos por médicos diferentes.

Desde esta perspectiva habría incluso que cuestionar la continuidad de la atención, pues es frecuente que cambien los criterios y los médicos toman decisiones distintas.

Un alto porcentaje de las quejas de los pacientes consiste en señalar que el médico anterior los mantenía incapacitados, mientras el actual ya los dio de alta, o que estaba pendiente un envío con el internista y ahora el nuevo médico ha cambiado la decisión.

La percepción y opinión que los pacientes se hacen de los médicos que laboran en el IMSS es motivo de frecuentes conflictos con los administradores del sistema y ello propicia la idea de que los médicos familiares muestran poca interés por los pacientes. Generalmente el paciente percibe al médico desde la distancia con una actitud burocrática y poco ética. A partir de ello se forma una opinión de la persona y del desempeño profesional.

Por otra parte, es indispensable documentar las barreras que dificultan una buena relación médico-paciente, sin dejar de reconocer aquellas expectativas que los pacientes tienen siempre como referencia de la práctica privada y con la que suelen comparar sus servicios institucionales. Como quiera que sea, las instituciones tienen la responsabilidad de

ofrecer no solo servicios de buena calidad técnica, sino buena imagen y sobre todo aceptabilidad del servicio por parte de los usuarios.

Estudiar la percepción que tienen los pacientes de su médico familiar puede permitir conocer con mayor precisión lo que realmente ocurre, sobre todo si se piensa en un abordaje directo del paciente en el momento justo de haber sido atendido: por ello la pregunta que nos planteamos es:

**¿Cuál es la percepción del paciente y su familiar acompañante sobre el médico familiar?**

#### 4. JUSTIFICACION

Uno de los problemas con mayor impacto en la imagen social en el IMSS es la percepción y opinión que tiene la población usuaria del servicio recibido. De hecho este es un indicador de calidad. La formación médica bajo el modelo de enseñanza tradicional suele hacer creer a los médicos que es suficiente un buen desempeño técnico de la clínica, pues lo que importa a los pacientes es aliviar sus malestares.

Sin embargo, las teorías de la calidad en los sistemas administrativos han puesto de manifiesto que para los clientes es muy importante la percepción del servicio y la opinión del proveedor, entendiendo por ello la idea que los propios usuarios se forman en el momento de recibir la atención.

De acuerdo con estadísticas locales el 76% de las quejas y reclamos que hacen los pacientes concierne en lo que podríamos llamar "una percepción errónea del paciente" respecto al actuar del médico o a los procedimientos utilizados por éste. En el IMSS resulta muy trascendente este problema por que implica un procedimiento formal de queja, la cual casi siempre se presenta por escrito y requiere ser revisada; frecuentemente turnada a instancias locales y finalmente contestar por escrito explicándole al paciente la procedencia o improcedencia de reclamo. Todo ello significa tiempo y recursos que podrían destinarse a la atención directa de los pacientes.

La percepción equivocada y la opinión que los pacientes o sus familiares tienen del médico tratante tiene trascendencia social y repercute en la imagen de la institución. No obstante este problema es vulnerable si se atienden una serie de fenómenos ligados al proceso mismo de el organismo del servicio. Es factible por ejemplo, que los médicos se comuniquen mas clara y abiertamente con los pacientes y que tomen en cuenta los axiomas de la comunicación para evitar malentendidos.

Tomando en cuenta lo anterior, el IMSS debe mantener una política de presentar buena imagen de los servicios y en ello los médicos familiares desempeñan un papel fundamental, pues son la representación primaria de primer contacto.

Por otro lado, los administradores vigilan permanentemente cuestiones relacionadas con el orden y el aseo de las unidades médicas, muestran una preocupación por la infraestructura de las áreas físicas los espacios públicos, especialmente los más visitables; pero en general, se ocupan poco de trabajar en mejorar la percepción profesional de los prestadores del servicio.

En razón de lo anterior, resulta relevante ocuparse de investigar la percepción que se forman los pacientes de los médicos tratantes y de cómo puede mejorarse, pues sin duda con ello cambiarían los indicadores de calidad por percepción de los servicios; una cuestión que se va a ver en varios procesos de calidad, incluyendo la certificación del Consejo de Salubridad General, el Premio IMSS de calidad y los Sistemas ISO-9000.

## 5. OBJETIVOS.

Describir la percepción del paciente y su familia sobre el médico familiar que atiende en el consultorio No. 1 turno vespertino de la U.M.F. No. 70 de Zinapécuaro, Michoacán.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Recoger la percepción que los pacientes y sus familiares tienen del médico tratante a través de un cuestionario estructurado.
2. Utilizar las percepciones de los pacientes y sus familiares acerca del médico como insumos para mejorar la calidad del servicio.

## 6. METODOLOGIA.

**Tipo de estudio:** Observacional, descriptiva.

**Población:** pacientes que acudieron a atención médica en el consultorio No. 1 turno vespertino de la U.M.F. No. 70 de Zinapécuaro, Michoacán en el periodo comprendido de enero a junio de 2007.

**Muestra:** Se seleccionó al azar 200 pacientes, utilizando lista de asistencias como tabla de números aleatorios, tomando una muestra diaria de cinco pacientes hasta completar la muestra.

**Criterios de inclusión:** Pacientes adscritos al consultorio No. 1, turno vespertino de Zinapécuaro, Michoacán, que acuden a la consulta de medicina familiar, mayores de 18 años de edad y de ambos sexos.

**Criterios de exclusión:** Pacientes adscritos al consultorio No 1, turno vespertino de la U.M.F. No. 70 de Zinapécuaro, Michoacán, que acuden a la consulta de medicina familiar menores de 18 años de edad, ambos sexos.

### **Variables.**

**Definición operativa de las variables:**

**Variable Independiente:** Médico familiar que brinda la atención al paciente y su familia.

**Variable dependiente:** Percepción del paciente y su familiar acerca del médico familiar.

**Instrumento:** Se diseñó un cuestionario con doce preguntas y se sometió a validación por 3 médicos familiares en cuanto a su construcción conceptual.

**Diseño estadístico:** Con los datos recolectados en el cuestionario se creó una base de datos en hojas de Excel, posteriormente se utilizó el paquete estadístico SPSS ver 15 para Windows, Para el análisis de los datos se utilizaron pruebas no paramétricas y



paramétricas: la prueba alpha de Cronbach y el índice de Spearman-Brown y Guttman se usaron para validar el cuestionario. La Prueba de Chi-cuadrada se utilizó para buscar asociación estadística entre las variables. Los datos descriptivos se presentan en cuadros y gráficas.

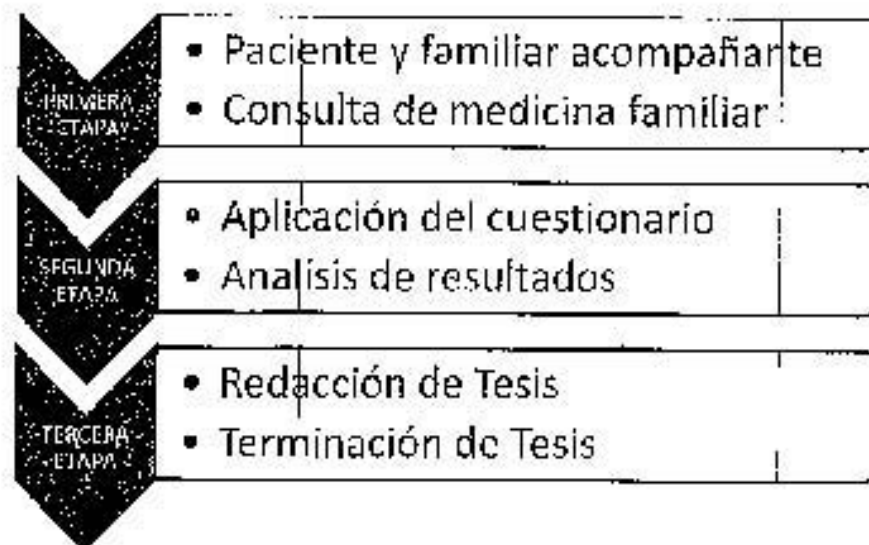
#### PROCEDIMIENTO:

Una vez validada la encuesta en una prueba piloto, se aplicó a los pacientes inmediatamente después de recibir consulta, previa explicación del motivo de la investigación, se consideró su consentimiento y autorización.

#### Análisis estadístico.

Se utilizaron hojas de Excel para concentrar los datos, con el paquete estadístico SPSS ver. 15 se hizo análisis con las pruebas alpha de Cronbach, Spearman-Brown y Guttman para la consistencia y confiabilidad del cuestionario, prueba de Chi-cuadrado para la asociación entre respuestas del sexo femenino y masculino por edad.

#### FLUJOGRAMA GENERAL



**Cronograma:** Actividades por grandes etapas de la elaboración de la Tesis.

ACTIVIDAD			
Revisión y aceptación del protocolo	Diciembre 2006		
Construcción del Instrumento		Enero 2007	
Recopilación de datos			Enero Junio 2007
Análisis de datos y Reducción del trabajo	Julio 2007	Septiembre 2007	Noviembre 2007

**Recursos humanos, materiales y financieros:** Este proyecto fue elaborado por un médico en proceso de especialización. En la práctica se requirió de la participación de la Asistente Médica. El papel, equipo de cómputo y los insumos inherentes conferon a cargo del autor del proyecto.

#### **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

De manera verbal se explicó a los pacientes la naturaleza de la encuesta y su participación consentieron a cada uno de ellos antes de contestarlo, se anexa formato. A todos se les dio la seguridad de que se mantendría el anonimato y la confidencialidad de los datos. Lo anterior de acuerdo con los códigos nacionales e internacionales de ética y bioética<sup>21</sup>.

## 7. RESULTADOS.

Se estudiaron 200 pacientes, de los cuales 140 fueron del sexo femenino y 60 masculinos, 70% y 30 % respectivamente. La entrevista se basó en un cuestionario de 12 preguntas que se aplicaron de manera personalizada, el tiempo promedio para la entrevista y contestar el cuestionario fue de 5 minutos. El resultado de la prueba alpha de Cronbach en la muestra piloto fue de 0.78; índice que subió a 0.87 después de una tercera ronda de revisión del cuestionario por los médicos familiares y un grupo de pacientes seleccionados al azar. Con estos resultados se considera que el instrumento es confiable y consistente.

En el cuadro No.1 se agrupan los pacientes entrevistados según la edad y el género. En el cuadro No. 2 se presenta la frecuencia en la manera como el paciente y su familia percibe al médico familiar, independientemente de la edad y el sexo. De estos dos cuadros, se desprende la idea de que la percepción y opinión acerca del Médico familiar por parte del paciente y/o su familia acompañarlo, se ve influida por la edad y el sexo. El cuadro No 3 presenta la percepción según el sexo, destacando la predominancia respecto al sexo masculino.

En el cuadro No. 4 se presentan los datos sobre el grado de significancia entre cada uno de ellos. Como puede apreciarse, la edad es el factor que más influye en la manera como se percibe al médico, este resultado es congruente con el porcentaje de respuestas que se dieron por pregunta (cuadro 3). El cuadro 2 muestra de manera más que evidente una buena percepción del médico por parte de los pacientes y sus familiares.

**Cuadro 1. Características por edad y sexo de los pacientes entrevistados.**

EDAD	SEXO		%
	FEMENINO	MASCULINO	
19-25	10	0	10
26-40	41	15	26
41-55	42	25	41.68
56-70	31	11	18.33
71-80	7	5	8

**N= 200**

**Fuente:** Encuesta realizada en la U.M.F. No. 70, Zinapécuaro, Michoacán.

**Cuadro 2. Percepción que muestra el paciente y su familiar respecto del médico familiar.**

PERGUNTA	BUENA	%	MALA	%
¿Sintió que el doctor puso atención a lo que usted le dijo?	191	95.5	9	4.5
En su opinión ¿El doctor estuvo realmente interesado en su problema?	171	85.5	29	14.5
En general ¿Estuvo usted contento con la atención de este doctor?	106	53	34	17
¿Se presentó alguna interrupción durante la consulta?	48	24	152	76
¿Lo explicó el doctor lo que tiene (su enfermedad u condición) de manera clara para usted?	157	78.5	43	21.5
¿La explicación que le dio el médico fue clara y comprensible para usted?	158	79	41	21
¿Lo explicó el doctor en que consistió el tratamiento de la enfermedad que usted padecía?	154	77	46	23
¿Le proporcionó instrucciones para cuidar en casa?	147	73.5	53	26.5
¿Entendió usted bien las palabras que usó el doctor para explicarle su condición?	161	80.5	39	19.5
¿Tuvo usted problemas con el idioma que habla el doctor o con el acento del médico?	33	16.5	167	83.5
¿El doctor le preguntó si estaba de acuerdo sobre los medicamentos o darle tratamiento?	98	49	102	51
¿Sintió confianza para hacer preguntas al doctor?	115	57.5	85	42.5

N= 200

Fuente: encuesta realizada en la U.M.F. No. 70, Zinapécuaro, Michoacán.

**Cuadro 3. Percepción que el paciente y su familia tienen del médico por pregunta y según el género.**

PREGUNTA	SEXO			EDAD		
	FEMENINO			MASCULINO		
	SI	NO	T	SI	NO	T
¿Siente que el doctor puso atención a lo que usted le dijo?	127	1	140	54	8	60
En su opinión ¿El doctor estuvo realmente interesado en su problema?	119	2	140	52	8	60
En general ¿Estuvo usted conforme con la atención de este doctor?	118	2	140	50	9	60
¿Se preocupó alguna vez usted durante la consulta?	22	106	140	15	44	60
¿Le explicó el doctor en qué consiste su enfermedad o condición de manera clara para usted?	110	30	140	47	15	60
¿La explicación que le dio el médico fue clara y comprensible para usted?	109	9	140	51	9	60
¿Le explicó el doctor en que consiste el tratamiento de la enfermedad que usted padece?	107	33	140	47	13	60
¿Le proporcionó instrucciones para su tratamiento en casa?	104	36	140	43	17	60
¿Entendió usted bien las palabras que usó el doctor para explicar su condición?	113	27	140	46	12	60
¿Tuvo usted problemas con el idioma que habló el doctor o con el acento del médico?	25	115	140	15	47	60
¿El doctor le preguntó si estaba de acuerdo sobre recibir o no medicamentos o dar o no tratamiento?	71	69	140	27	33	60
¿Tubo suficiente fuerza para hacer preguntas al doctor?	91	49	140	38	37	60

N= 200

Fuente: encuesta realizada en la U.M.F. No. 70, Zimapan, Michoacán.

**Cuadro 4. Grado de asociación entre edad, sexo y percepción del médico por el paciente y su familiar.**

PERGUNTAS	A	B	C
¿Siente que el doctor usa atención a lo que usted le dijo?	.002*	.07	.57
En su opinión ¿El doctor estuvo realmente interesado en su problema?	.003*	.15	.70
En general, ¿Estuvo usted conforme con la atención de este doctor?	.001*	.34	.62
¿Se presentó alguna interrupción durante la consulta?	.005*	.78	.58
¿Le explicó el doctor lo que tiene (su enfermedad o condición) de manera clara para usted?	.000*	.01	.37
¿La explicación que le dio el médico fue clara y comprensible para usted?	.014	.80	.10
¿Le explicó el doctor en qué consiste el tratamiento de la enfermedad que usted padece?	.003*	.14	.16
¿Le proporcionó instrucciones para cuidarse en casa?	.003*	.16	.73
¿Entendió usted bien las palabras que usó el doctor para explicarle su condición?	.011*	.05	.00
¿Tiene usted problemas con el idioma que habla el doctor o con el acento del médico?	.008	.30	.02
¿El doctor le preguntó si estaba de acuerdo sobre recibirlo, recibirlo o darle tratamiento?	.005	.37	.46
¿Sintió confianza para hacer preguntas al doctor?	.027	1.0*	.00*

P < .05 \* significancia.

N = 200

A = edad, B = sexo, C = percepción.

Fuente: encuesta realizada en la U.M.F. No. 70, Zimapan, Michoacán.

#### 8. DISCUSION.

El presente estudio pone de manifiesto que la percepción de los pacientes y su familia acerca de médico familiar es bastante aceptable aunque la misma parece depender más de la edad y del sexo de los usuarios. Estos resultados son similares a los publicados en otros estudios similares que exploran la percepción del servicio por parte de los usuarios, aunque no existe un estudio publicado que haya explorado específicamente la percepción del médico familiar.<sup>22</sup>

Podemos afirmar que la relación médico-paciente funciona a un nivel adecuado aún cuando este estudio no tuvo como propósito específico averiguarlo pues lo que más importaba era conocer la forma en que los pacientes se dan cuenta y tiene aceptación de la imagen del médico tratante.<sup>23</sup>

Por otra parte, si analizamos la intención de cada una de las preguntas y observamos las respuestas mostradas en el cuadro 2 y en el cuadro 3, queda la impresión de que los pacientes visualizan al médico de una manera idealista y que hay detalles de la entrevista clínica a los cuales no les dan mucho peso, por ejemplo; la pregunta que interroga sobre las interrupciones que acontecen durante la consulta registra una mala imagen del proceso, pero percibida que no se le atribuye la responsabilidad al médico.<sup>24</sup> En contraste, la pregunta sobre si tiene o no problemas con el idioma que habla el médico, es claro que en este caso la responsabilidad es del médico y se califica con un alto porcentaje como mala percepción.

El instrumento diseñado para captar la percepción del médico mostró una alta sensibilidad y sin embargo parece necesario revisarlo a fin de que discrimine con más precisión los aspectos que tienen que ver con el ambiente que rodea la consulta y aquellos que pueden ser atribuibles al médico, pues de otra manera se confunde la imagen de la institución y del sistema de atención con la relación médico-paciente.



La cifra de el estudio y la muestra que se tomó pueden ser dos factores que influyen en los resultados, dado el escaso tiempo que se lleva aplicar el cuestionario, y lo fácil que es su interpretación, es conveniente ampliar el estudio con muestras más grandes, sobre todo si pensamos en el volumen de pacientes que atiende un médico familiar cotidianamente

Otro hecho relevante tiene que ver con que los resultados aquí encontrados se refieren a un solo consultorio y por lo tanto a un solo médico familiar. Ya sabemos que cada médico es una personalidad diferente, lo cual puede ser muy importante para la percepción, como lo muestran otros estudios,<sup>225</sup> y por otro lado, los consultorios médicos de IMSS en términos generales son iguales, de igual forma los pacientes acudieron en un solo horario; y es probable que no podamos concluir que estos resultados son válidos para cualquier médico y cualquier población por lo cual habrá que aplicar el instrumento en otros consultorios y en otros horarios.

## 9. CONCLUSIONES.

Los resultados de este estudio permiten comprender la forma en que los pacientes perciben al modelo familiar que les brinda los servicios. En este sentido, podemos asegurar que a pesar de los obstáculos que presenta el sistema médico familiar del IMSS, la relación médico-paciente se logra mantener en buen nivel de aceptación.

El diseño de la entrevista y la encuesta tuvo como propósito recoger información de los pacientes en un mínimo de tiempo y lograr que la misma fuera aceptada por los pacientes, sin que ello derivara en quejas o reclamos de los mismos, objetivo que se logró. Teniendo en cuenta este punto podemos concluir que este instrumento se puede generalizar a todos los consultorios y utilizarlo como un indicador de aceptación de los servicios.

Los resultados aquí mostrados presentan el sesgo relacionado con el hecho de que sean más mujeres las entrevistadas y lo razón de ello, puede estar en que son las que más acuden a consulta.

## 16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- <sup>1</sup> Alonso M. Enciclopedia del idioma y diccionario histórico de la lengua española (siglo XV al XX) tomo I, II, III. 3ra. Ed., Editorial Aguilar, 1991.
- <sup>2</sup> Lullin E.P. El médico y el paciente. Salvat, Barcelona 1957.
- <sup>3</sup> Frañcon E. La profesión médica. Peninsula, Barcelona, 1996
- <sup>4</sup> Gibson, J.L. Organizaciones de conducta, estructura y proceso. México: McGraw Hill Interamericana de México 1969.
- <sup>5</sup> Álvarez G. La percepción: Clave para la comprensión del individuo en la organización. *Revista Interamericana de psicología ocupacional*. Vol. 11 número 1 y 2, 2002. Pág. 13.
- <sup>6</sup> La percepción y comunicación interpersonal, Carnaghi P. [www.queensu.edu/~carnaghi/index.php?uncategorized](http://www.queensu.edu/~carnaghi/index.php?uncategorized) 2007. (consultado 4 de Febrero 2008)
- <sup>7</sup> Uruski S. J., Lala-Romero M. El rol del ejercicio de la medicina en las unidades del primer nivel de atención. *Gaceta Médica México*. Vol. 140, Suplemento No 1. 2004.
- <sup>8</sup> Watzlawick P. Teoría de la Comunicación Humana. Editorial Gedisa, Barcelona, 2005.
- <sup>9</sup> Watzlawick P. 'Teoría de la comunicación humana', Editorial Barcelona 2004.
- <sup>10</sup> Watzlawick P, Beavolas B. y Jackson P. Teoría de la Comunicación, Editorial Barcelona, España 1988.
- <sup>11</sup> Domínguez del Olmo J. y cols., Programa de Actualización Continua MF-1 Colegio Mexicano de Medicina Familiar, A.C., "Estudio de Salud Familia", 1ra. ed. 1999 Inter sistemas S.A. de C.V. México, D.F.
- <sup>12</sup> Carta de los derechos de los pacientes.  
[www.salud.gob.mx/unidades/odi/documentos/DOCSAL747.doc](http://www.salud.gob.mx/unidades/odi/documentos/DOCSAL747.doc)  
Art. 1, Ley General de Salud. Art. 51 y 89, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Art. 21 y 48.

Art. 2, Ley General de Salud, Art. 51 y 83. Reglamento de la Ley General de salud en materia de prestación de servicios de atención médica Art. 25 y 48.

Art. 3, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Art. 29 y 30 NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Art. 4, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Art. 80. NOM-168SSA1-1998 del Expediente Clínico. Numeral 4.2 y 10.1.1

Antiproyecto del Código –Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA. Art. 4, fracción 4.3 ‘Declaración de Libro de la Asociación Médica Mundial’ sobre los Derechos del Paciente’ del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

Art. 6, NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.6 Ley Reglamentaria del Art. 36. Ley General de Salud. Art. 136 y 138. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Art. 1E y 36.

Art. 7, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Art. 29 y 30 NOM-168-SSA-1-11998, del Expediente Clínico. Numeral 4.0. y 5.5. fuente ‘CONAMED’ DICIEMBRE 2001

<sup>13</sup> Mainetti J. A., Código internacional de ética (traducción adaptada de Mainetti J. A. Ética médica. La Plata, Argentina, Quirón, 1989.)

<sup>14</sup> Secretaría de salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de salud. Carta de los derechos de los pacientes. Ley General de Salud art.54 editorial Porrúa, México 2005.

<sup>16</sup> Relación médico-paciente, <http://www.monografias.com/trabajos16/medico-paciente/medico-paciente.shtml?mcnsearch>. Correa J.M.

<sup>18</sup> Huerta GJ. "La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad", Programa de Actualización Continua - MF1, Colegio Mexicano de Medicina Familiar. A. C. Interistemas S.A. 1ra. Ed. 1999, México, D. F.

<sup>19</sup> Huerta GJ. Estudio de salud familiar "Expediente Clínico Familiar" Programa de Actualización Continua MF1, Colegio Mexicano de Medicina Familiar. A. C. Interistemas S.A. 1ra. Ed. 1999. México, D. F.

<sup>20</sup> Archivos en medicina familiar. 1ra. Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos u Instituciones Educativas y de Salud. "Elementos esenciales de la medicina familiar" vol. 7, 2005.

<sup>21</sup> Carranza O. "El hombre fragmentado", coedición Red Utopía, A.C.- Jicaróna Morelia, 2003.

<sup>22</sup> Código internacional de ética "Juramento de Hipócrates", (traducción adaptada de Mañéñil J. A. Ética médica. La Plata, Argentina, Quirón, 1989).

<sup>23</sup> Universidad de Chile centro interdisciplinario de estudios en bioética. Pautas éticas internacionales. Código de Nuremberg. <http://www.uchile.cl/bioetica/pautas.htm>.

<sup>24</sup> IMSS. Dirección de Prestadores Médicos. Coordinación de Planeación y Desarrollo. División de Innovación en Sistemas de Salud. Análisis de quejas y sugerencias de los usuarios del servicio de medicina familiar. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/954F27B2-D780-4B4D-B1FA-2B5168FB9/AC/0/GESTIONCLINICAPP.pdf>

<sup>25</sup> Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. <http://smrl.org.mx/estatutos/Cruzada/2016aciones/205a%ud.htm>

<sup>24</sup> Borrás A.M., Borkow R, Sánchez M., Segura A. Impacto de la información sobre salud en la relación médico-paciente y en la salud pública. [20/06/2000]  
<http://www.imim.es/quark/num16/Default.htm>.