



**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 ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 “JUANA DE ASBAJE”
DELEGACIÓN NORTE**

**PERCEPCIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MEDICO
PACIENTE POR LOS USUARIOS DE LA UMF 41 DEL IMSS**

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

PRESENTA:

DR. ADRIAN RUIZ HINOJOSA

MÉXICO, D.F.

2007



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.

AGRADEZCO:

A Dios por haberme brindado la oportunidad, la fortaleza espiritual para realizar este postgrado.

A las autoridades del IMSS, y a las autoridades de la UNAM, por las facilidades otorgadas para la realización de este post grado.

A mi querida esposa Dora Luz, por haberme dado el apoyo incondicional, y motivarme a continuar hasta el final aún en los momentos difíciles, muchas gracias por todo tu apoyo, Que Dios te colme de bendiciones. TE AMO.

A mis hijos Adrián, David y Emmanuel, por estar siempre pendientes de mi postgrado. Que Dios los proteja.

A mis padres y hermanos. Los quiero.

A mis maestros y mis asesores , tanto los de la sede, como los de los hospitales por donde roté. Por su disponibilidad y por todos los conocimientos que me transmitieron. GRACIAS MIL.

Y por último a mi amigo y compañero de trabajo, y de este postgrado, el Dr. Francisco Correa Sánchez, por todos los momentos que compartimos.

*A TODOS MUCHAS GRACIAS
Y QUE DIOS LOS BENDIGA*

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

ÍNDICE

1 y 2 MARCO TEORICO	1
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
4.- JUSTIFICACION	25
5.- OBJETIVOS	
5.1 GENERAL	27
5.2 ESPECIFICOS	27
6.- HIPÓTESIS	28
7.- METODOLOGÍA	
7.1 TIPO DE ESTUDIO	29
7.2 POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	29
7.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	29
7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	29
7.5 INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES)	30
7.6 METODOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	31
7.7 CONSIDERACIONES ETICAS	31
7.8 RECURSOS	33
7.9 CRONOGRAMA	34
8.- RESULTADOS	
8.1 TABLAS (CUADROS) Y GRAFICAS	38
8.2 DESCRIPCION (ANÁLISIS ESTADÍSTICO)	38
9.- DISCUSIÓN	44
10.- CONCLUSIONES	46

11.- PROPUESTAS	47
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
13.- ANEXOS	51
14.- RESUMEN ESTRUCTURADO	
14.1 RESUMEN EN ESPAÑOL	54

INTRODUCCION

Los propósitos de la comunicación. Aristóteles definió, el estudio de la comunicación retórica, como la búsqueda, de “todos los medios de persuasión, que tenemos a nuestro alcance”, es decir, el intento, del comunicador de llevar a los demás, a tener un mismo punto de vista.

De acuerdo con las investigaciones realizadas, existe una evidencia que indica, que, el ser humano corriente, emplea más del 70% de sus horas de actividad, comunicándose verbalmente en el orden siguiente: escuchando, hablando, leyendo y escribiendo. Es decir, que cada uno de nosotros, emplea alrededor de 10 a 11 horas diarias, comunicándose verbalmente.

El lenguaje: es tan solo, uno de los códigos que utilizamos, para expresar nuestras ideas, otra, la comunicación relacionada con gestos no verbales; expresiones faciales, movimientos de las manos y de los brazos. Los investigadores, con la ayuda de cámaras infrarrojas, Wiggle-meter (medidor de movimientos), han logrado observar la mayor parte de los movimientos corporales de algunas personas, mientras ven una película en el cine, o ven televisión, descubrieron que el auditorio, comunica su interés, por medio de estos movimientos del cuerpo. En resumen; todo aquello, a lo que la gente logra dar un significado, puede y es utilizado por la comunicación. La conducta observada en ella, tiene una esfera de acción muy amplia.

La gente, puede comunicarse a muchos niveles, por muy diversos motivos, con gran número de personas y en múltiples formas.

De las distintas clases de comunicación, que podría utilizar un hombre típico son: comunicación visual, hablada, por medio de gesticulaciones, escrita, comunicación de grupo y masas, comunicación química (por medio de los olores), comunicación consigo mismo, comunicación por medio de la acción, comunicación de la palabra impresa, por medio del tacto, audiovisual, comunicación por medio de la acción, por medio de las artes.

La palabra “comunicación”, se ha hecho popular. Es usada corrientemente, para designar problemas entre personas, países, entre la gente en general.

La revolución tecnológica, que se refiere a la comunicación, ha creado, o desarrollado, una mayor necesidad, de gente competente en comunicación, este mercado de profesionales, se ve ahora, recargado por la necesidad de escritores, dibujantes publicitarios etc..

Otro grupo de profesionales, es responsable del “impacto”, y la eficacia de distintos tipos de comunicación, ejemplo: en el área de salud, la comunicación, entre el médico y el paciente sobre actitud, opiniones, sentimientos, esto representa un rol, que podría llamarse la industria de la comunicación médica;

cada uno de estos elementos, es responsable de la creación, “impacto”, de los mensajes destinados a tener, un efecto sobre uno o varios pacientes.

Por ejemplo los médicos dependemos notoriamente de la opinión de otros colegas para intercambiar opiniones en cuanto a terapéutica de enfermedades, asimismo, requerimos de comunicación constante, esto para estar al día en cuanto a lanzamiento de nuevos medicamentos, dicha comunicación, se puede llevar a cabo mediante revistas médicas, conferencias, Internet etc. (1).

Si se quiere conservar una posición directa con los pacientes, se tiene que empezar por comprenderlos y a su vez hacer que ellos comprendan al médico.

En resumen; nos comunicamos para influir, y para afectar intencionalmente.

II ANTECEDENTES

A lo largo de la historia, el hombre ha tenido la necesidad de comunicarse, los orígenes de este, es la base, del desarrollo de los códigos verbales, que realiza el hombre.

Desgraciadamente, no podemos proporcionar ésta explicación, nadie que anduviera por

Ahí, cuando comenzaron a desarrollarse los idiomas, o las maneras de comunicación,

Escribió un libro sobre ello, sólo, disponemos de la especulación, acerca de sus orígenes.

El hombre, construyó su propia comunicación, en virtud, de los principios de interpretación, respuesta y recompensa, que rigen todo aprendizaje.

El hombre, creó el lenguaje, con el fin de expresar su significado asimismo y a los demás, para lograr que ante otras personas, tuvieran iguales significados y para emitir respuesta, que aumentaran su capacidad de influencia.

La comunicación, carece de sentido, si no se contempla como un intercambio, como el contacto intelectual, del hombre con sus semejantes.

La comunicación, incluye todos los símbolos y claves, que las personas utilizan, para dar y recibir un mensaje.

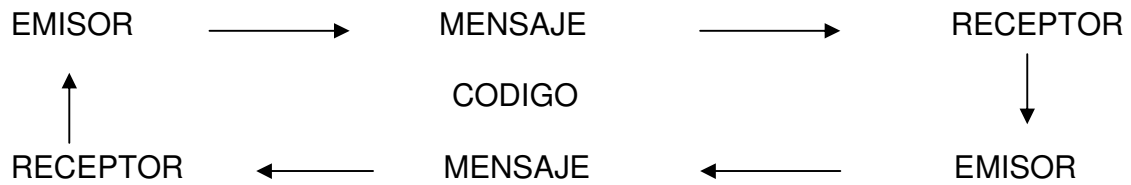
Muchas teorías, han tratado de explicar el origen del lenguaje, en algunos casos, se les atribuye origen divino (teoría tradicionalista), por instinto fisiológico del hombre, es creador del lenguaje, la descripción del objeto, por medio del sonido, es aportación de la escuela, que logra tarde el lenguaje, como fruto de la evaluación.

La comunicación, se define, como el proceso a través del cual, se transmite y se recibe información, entre dos o más personas. El proceso de la comunicación es importante, para los agentes, porque permiten cumplir sus funciones administrativas.

Para que la comunicación se lleve a cabo, se requiere de un emisor (el que da el mensaje) y un receptor (el que recibe el mensaje), además del mensaje, o sea, la información que se quiere transmitir. Mensaje, emisor y receptor, son básicos para que, exista comunicación, pero, aún nos falta un elemento más, el cual se llama código. Se trata de un conjunto de signos, que le permita al emisor transmitir el mensaje, de manera que el receptor pueda entenderlo.

Para que se produzca comunicación adecuada, se necesita, que tanto el emisor como el receptor, manejen el mismo código. Existen muchos códigos, con los que nos comunicamos día a día. El más común es el idioma, cada país, tiene una

misma lengua, con la que se comunican sus habitantes y por eso, no existe dificultad para la comunicación. Lo anterior se puede resumir con el siguiente esquema.



La actividad de la comunicación oral, emplea en gran parte, del tiempo de trabajo de un administrador.

La comunicación, es una rama de la comunicación administrativa, pero, cuando el origen se da en los grupos, como se organizaban dentro de la comunicación humana, se da orígenes de Aristóteles y los persas, redactada de tal forma, que sea posible y fácil de detectar cada una de ellas. Consisten, en la elaboración de papeles, como elementos de la rama, de la comunicación directa e indirecta, que hay entre los grupos.

Hay tres importantes modalidades de comunicación, de interés para diferentes finalidades y en distintos contextos. Son:

La modalidad de mando. Dado que se origina en circunstancias marcadas por las diferencias en el poder y la autoridad entre emisores y receptores, supone la subordinación y dependencia de estos últimos. Es probable que la finalidad sea el control o la instrucción y que las relaciones sean desiguales, unidireccionales y no muy voluntarias, esto es muy común en los dirigentes políticos, cuando estos quieren informar a los ciudadanos, o bien entre los militares, cuando los oficiales d alto rango ordenan a sus subalternos.

La modalidad de servicio. Esta es la forma más normal y frecuente de relación entre emisores y receptores, cuando ambas partes están unidas por un interés mutuo dentro de una situación de mercado o de su equivalente (oferta y demanda de un servicio simbólico). Esta debería de ser la modalidad más frecuente en la comunicación en la relación médico-paciente.

La modalidad de asociación. En este caso son forzosos los vínculos o las creencias compartidas, que relacionan a un grupo particular o público con una fuente específica de medios. La adhesión y la atención del receptor son voluntarias e intrínsecamente satisfactorias. Sirve ante todo a las necesidades de los receptores, más que a las de los emisores; del mismo modo, sus relaciones tienden a la igualdad y al respeto mutuo. (2).

MODELOS DE LA COMUNICACION

Aristóteles, quien definió la comunicación, solo retórica en su concepto como "la búsqueda de todos los medios posibles para la persuasión", esto es, convencer e inducir a la acción, propuso, lo que podría ser un modelo, cuyos elementos se han agrupado, bajo tres rubros como sigue.

- Persona quien habla.....quien;
- Discurso que pronuncia.....que, y
- Persona que escucha.....quien.

El modelo, sin desconocer que constituye una valiosa aportación, sólo contempla parcialmente, el fenómeno de la comunicación y, por lo mismo, resulta insuficiente para su estudio, aunque es cierto que paradójicamente, todos los modelos subsecuentes, parten del original aristotélico, solo representa, mayores desarrollos del proceso. Es necesario, acudir a modelos, a fin de poder estudiar cuidadosamente, cada una de las partes del proceso y reducir las múltiples dificultades, que representa su conocimiento.

MODELO BERLO

En la época contemporánea, fue empleado el modelo de Shannon, difundido por Weaver, pese a que esta referido a comunicaciones electrónicas, y no aludió, a la comunicación entre seres humanos. Más recientemente, Berlo, formulo un modelo utilizable, para describir la conducta individual de las personas, que, intervienen en un proceso de esta naturaleza y aplicado a distinto nivel de análisis, para describir, desde el punto de vista, de la red de comunicación, la operación del organismo de que se trate. A partir de los siguientes componentes, los cuales no necesariamente se enlistan, ni se hallan en su cesión: la fuente de la comunicación, el codificador el canal, el decodificador y el receptor de la comunicación. (3)

La fuente constituye el origen, el punto de partida de la emisión, sensible en cuanto a la fidelidad, a los factores como las habilidades comunicativas, sus conocimientos específicos, actitudes y su posición sociocultural.

Después, que determina la forma, en que se proponen afectar a su receptor, encodifica, esto es, traduce a una clave, el mensaje destinado a obtener a la respuesta esperada.

La fase de encodificación, supone las habilidades de hablar y escribir, la descodificación, de leer y escuchar, toda la codificación, que incluye ambas operaciones y el propósito mismo, la reflexión o el pensamiento.

La forma simplificada y tratándose de comunicación de persona, la fuente y el codificador, son una misma cosa, al igual que el decodificador y el receptor, guardan en ambos extremos una gran similaridad.

El pensamiento del autor del modelo, el canal es el vehículo de transporte, para el mensaje, el cual, habrá de dirigirse, a cualquiera de los sentidos, o a varios a la vez, para su percepción. Los canales tienen que ser objeto de la elección y para

dicho efecto, son influyentes, los factores o elementos estudiados, en relación con el mensaje.

El receptor, que en un momento actúa como tal, en otra ocasión también es fuente encodificador y son aplicables, al caso de observaciones apuntadas para este elemento, pero además; la decodificación de alguna manera, resulta determinada por las actitudes, que el receptor decodificador, guarde para sí mismo, hacia la fuente y hacia el contenido, por su nivel de conocimiento del código. Su carácter de eslabón más importante, del proceso hace, que la fidelidad de la comunicación, descansa en una buena medida, en relación, entre los niveles de habilidad tanto de la fuente, como el receptor, en cada caso particular.

La exposición de Berlo, conforme a sus propias apreciaciones, tiene un enfoque diádico, lo que quiere decir, que su análisis, hace énfasis en las relaciones, entre los elementos de la comunicación, antes que estar referidos a las características de una persona determinada.

Las comunicación en contextos interpersonales incluye las variables del proceso de la comunicación humana que afectan directamente la interacción profesional – profesional y profesional - paciente, se refiere a los pensamientos, creencias y sentimientos internos del individuo acerca de los asuntos que influyen las conductas dirigidas a la salud.

Las éticas teológicas o de la responsabilidad integran elementos importantes de la comunicación en salud, algunas son:

1. Ética de la virtud: se refiere a la comunicación verbal entre el médico y el paciente, asocia la virtud a la veracidad.
2. Ética del cuidado: actitudes que nos permiten estar junto a los demás, expresarnos afectivamente y escucharlos, interpretar lo que otros dicen o hacen con sensibilidad e introspección y estar abiertos a cambiar nuestros conceptos sobre los asuntos y bienes prioritarios para otros. Llama a descubrir y desarrollar cualidades imaginativas, emocionales y expresivas indispensables para una buena comunicación.
3. Ética de la narración: aquí se establece la RMP (preventiva) y la toma de decisiones, por parte del paciente (curativa).

La comunicación médico – paciente, provee al profesional de una oportunidad para reducir la incertidumbre del paciente, capacitarlo para actuar en su beneficio y fortalecer la RMP.

Derivado de su formación profesional, el médico familiar puede realizar diferentes funciones, pero ante el paciente dos son fundamentales: el proceso diagnóstico y el terapéutico. Si el médico familiar no logra establecer una comunicación adecuada con su paciente, difícilmente podrá obtener datos clínicos de calidad para elaborar un diagnóstico certero, “el papel de la comunicación, debe de ir mucho más allá de recolectar o transmitir información biomédica”. (4)

Se ha encontrado una relación significativa entre la satisfacción y algunas características del trabajador de la salud, entre las que destacan las habilidades de la comunicación: otros estudios han encontrado que existe un elevado nivel, de satisfacción, de los usuarios relacionados con la forma de entrevistar y proporcionar información por parte del médico, así como una gran asociación entre la calidad de la comunicación con el paciente y la satisfacción del propio médico con su trabajo. Esto último parece tener que ver con la diferencia directa y significativa en los resultados de salud que la comunicación puede lograr.

En la formación profesional del médico, la relación establecida entre él y el paciente es parte fundamental del éxito de la consulta, el tratamiento y el mantenimiento o recuperación de la salud. (5)

La acción de la comunicación no es simplemente mandar información, sino lograr el entendimiento, parte fundamental de la relación médico-paciente, ya que si no hay entendimiento, empatía y comprensión del dolor, no se obtiene de parte del paciente la confianza y la credibilidad. “La importancia de la comunicación humana en la relación médico-paciente, es porque debe establecerse una verdadera comunión entre el médico y el paciente para poder, juntos, contender con una enfermedad.

Es importante que se tenga un contacto visual, cortesía, comunicación verbal y no verbal, aptitud y actitud, que generen el entendimiento necesario para obtener confianza y credibilidad. Desde el punto de vista clínico la relación médico-paciente “es un acto humano y de amor”, donde el segundo plantea las inquietudes, que espera que el médico resuelva, buscando además trato humano, con respeto, con comunicación efectiva y, sobre todo, con la satisfacción de despejar sus dudas.

Se dice que el comportamiento más frecuente que el médico tiene ante el paciente, es malo, ya que hay médico que tiene una mala actitud transmitida desde hace siglos, donde el médico es temido, paternalista y autoritario, situación que muchas veces aumenta con la actitud institucional, que exige que cierto número de pacientes sean atendidos en determinado tiempo, lo que genera estrés en el galeno y transforma el acto humano y amoroso en un acto administrativo. Es importante que la comunicación se lleve a cabo en un ambiente de cordialidad, con un lenguaje claro tanto del médico como del propio paciente.

Si se valora la importancia de la comunicación en el aspecto de las demandas jurídicas, también existen datos para documentar que la percepción de los pacientes, en muchos casos tiene que ver considerablemente, con una interacción inadecuada entre el médico y el paciente. Otros estudios coinciden en que hay correspondencia directa entre la comunicación defectuosa del médico y las demandas por mala práctica. (6)

La adquisición de destrezas claves de comunicación permite cumplir con principios básicos como autonomía y beneficencia y virtudes como veracidad y respeto.

Los componentes principales del proceso de comunicación en salud son:

1. Relaciones: las que se establecen de forma interpersonal ya sea entre profesionales o con los pacientes, se aportan características únicas, creencias, valores, percepciones.
2. Transacciones: interacción entre individuos acerca de información relacionada con la salud, incluye comportamiento verbal y no verbal.
3. Contexto: escenarios en los cuales la comunicación toma lugar. La empatía es la variable de comunicación que más puede aportar a mejorar las transacciones. Incluye componentes afectivos, cognitivos y comunicativos.

La comunicación contribuye a transacciones benéficas, fomenta la autonomía mediante un comportamiento del profesional que:

1. reconozca la capacidad del paciente de manejar información médica.
2. ayude al paciente en la evaluación y jerarquización de sus respuestas alternativas diagnósticas y terapéuticas para su condición.
3. instrumente las preferencias del paciente, basada en valores.

Si bien la comunicación médico – paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta época relativamente reciente que ha sido abordada de modo sistemático y formal.

Dado su carácter de relación social, la RMP lleva la impronta del contexto social donde se desarrolla.

La comunicación como proceso social debe tomar en consideración que las personas pertenecen a una sociedad caracterizada por una estructura socio – económica determinada, una cultura específica, portadora de todos los valores, creencias y tradiciones y es en este mundo referencial en el que recibirá el mensaje.

Toda sociedad tiene dos roles fundamentales, especialmente sensibles, que la vertebran; cuando esos roles no cumplen su función se invertebran; de ahí la importancia de que los desempeñen personas óptimas, excelentes. Los gobernantes, los jueces, los médicos han de tender a la excelencia. La sociedad no puede aspirar a menos que eso. De ahí que el ideal de la excelencia sea el momento invariante de toda ética de los profesionales y en particular de la ética médica. La medicina es una profesión de excelencia.

La RMP es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud y adquiere no solo un valor en el orden social, sino además un importante valor terapéutico.

La comunicación establecida en el marco de los servicios médicos entre el paciente y el médico no es espontánea, está predeterminada por los respectivos

papeles asumidos por los interlocutores. Es responsabilidad del médico dirigir el proceso comunicativo, dada su preparación técnica está capacitado para esta tarea primordial.

La práctica médica desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de habilidades clínicas.

La comunicación de salud ha sido definida como el proceso y efecto de emplear medios persuasivos éticos en la toma de decisiones para el cuidado de la salud humana. Se ha definido como el arte y la técnica de informar, influir y motivar audiencias a nivel individual, institucional y público acerca de asuntos de salud importantes. Su alcance influye:

- Prevención de la enfermedad
- Política de los cuidados de salud.
- Aumento de calidad y salud de los individuos dentro de la comunidad.

Toda la buena voluntad e intención filosófica pierde sentido si no hay comunicación con el paciente.

El profesional de la salud tiene hacia cada uno de sus pacientes el deber de atenderle buscando el restablecimiento y conservación de su salud como fin principal. Este concepto debe ir más allá de la raza, sexo, religión, cultura o enfermedad que presente. El proceso asistencial no debe ser influido por ninguno de estos factores.

En la práctica médica se utiliza como vía de comunicación la entrevista clínica, donde con preguntas claves el médico conocerá qué siente el paciente, qué le preocupa, cómo y cuándo comenzó la alteración de su bienestar anterior y cuál era su historia de salud antes de acudir a consulta.

La entrevista médica tiene diferentes fases:

- Recepción
- Identificación
- Interrogatorio
- Examen físico
- Examen complementario
- Prescripción y recomendaciones
- Despedida

En cada una de ellas se establece el contacto y la mutua influencia de las personalidades (choque de actitudes o choque caracterológico) que facilitan o entorpecen la comunicación. Aquí se pueden manifestar mecanismos psicológicos de defensa de ambos. (7)

El objetivo de la entrevista médica es facilitar el cumplimiento de la propia finalidad del sistema donde se desarrolla, facilitar la toma de decisiones, dar a conocer las políticas y facilitar su cumplimiento y control, evitar errores en la manipulación de la información que se recibe, emite y procesa.

Se establece la dinámica de la relación en la que intervienen diferentes factores:

ENFERMO:

- Comunica (expone).
- Se defiende (mecanismo de seguridad, se preocupa de cómo actuar y qué piensa el médico de él).

MÉDICO:

- Estudia lo que dice el enfermo.
- Prepara la mejor manera de decir lo que debe al enfermo.
- Se defiende.

Los individuos deben comunicarse y valorar lo que desea cada una de las partes para llegar a un entendimiento. Vale la pena señalar la importancia de que el médico sea sensible a los contextos culturales del paciente.

La palabra resulta un instrumento de gran valor en esta relación, toda entrevista es una conversación. El enfermo recibirá información con la que se sentirá mejor, cooperará más fácilmente; el médico debe ser simple y conciso, dar tiempo a que el enfermo asimile un aspecto antes de llegar a otro.

La información extraverbal del paciente es más importante que la palabra; el médico debe estar atento a sus gestos, inflexiones de la voz, expresión facial, postura. (8)

Hay algunos aspectos a considerar en la RMP:

I. Características generales de los participantes

El médico debe estar consciente de sus características fundamentales como persona y profesional, conocer las situaciones en que puede sentir hostilidad, inseguridad, angustia y percatarse de sus mecanismos psicológicos para enfrentar estas contingencias.

Es importante el nivel de informaciones de estos aspectos y otros de carácter socio – demográficos, culturales, económicos e ideológicos de sus pacientes.

II. Objetivos perseguidos por los participantes:

El paciente pretende aliviarse, curarse o rehabilitarse, saber qué tiene y cuál es su pronóstico.

El médico persigue establecer una buena comunicación que le permita diagnosticar de manera adecuada la afección motivo de la consulta.

III. Vías de comunicación:

- verbal: por medio de la palabra hablada o escrita.
- Extraverbal: dada por las expresiones faciales, gestos, modulaciones de la voz.
- Táctil: contacto piel con piel, estrechón de manos, palmadas en la espalda, maniobras inherentes al examen físico.
- Instrumental: el que realiza con equipos médicos.

La comunicación verbal se da en 60%, y la comunicación no verbal se da en un 40% durante la entrevista médico-paciente.

La comunicación no verbal incluye:

- Posición de pie o sentado
- Dirección de la mirada
- Atención y escucha
- Tiempo dedicado
- Actitud
- Contacto físico
- Contacto ocular
- La expresión facial
- Los movimientos de la cabeza
- Postura y porte
- Proximidad y orientación
- Apariencia y aspecto físico (9)

Las personas creen, que pueden ocultar lo que sienten, simplemente callando, mientras olvidan que su cuerpo habla, aún desde el silencio. Habla la postura, con el tono muscular relajado o tenso, la contracción y relajación alternadas del masetero, el esternocleidomastoideo, el cutáneo del cuello que indica, generalmente conflicto, un pie tembloroso expresa ansiedad. Habla la mirada, brillante cuando contenta; opaca cuando triste, midriática cuando temerosa. Habla el rubor develando vergüenza, o tensa o ira. Habla la sonrisa, un lenguaje de confianza, de ironía, o a veces hasta de burla.

Siempre nos estamos comunicando, no existe la no comunicación. Algunos autores mencionan que el paciente espera una buena relación, más que una curación. (10, 11, 12)

Durante la entrevista médica el médico:

DEBE

- Controlar sus reacciones, expresiones verbales y extraverbales, que puedan servir de información al paciente y motiven los mecanismos de defensa de este.
- Mantener actitud de ayuda y comprensión, sin efectuar críticas moralistas, permitiendo que el paciente exprese libremente sus sentimientos.
- Elaborar el mensaje libre de toda forma de presión o coerción, diseñado de manera que al paciente le sea posible comprenderlo, o sea, que ambos hablen el mismo lenguaje.

NO DEBE DECIR

- Lo que aumente la ansiedad del paciente y pueda fomentar su fantasía o temor y que perjudicaría su estado emocional.
- Los temores o dudas que surgen en el examen físico e interpretaciones de los complementarios.
- Lo que por su complejidad pueda confundir al enfermo.

El enfoque que predomina es el biomédico clínico. El abordaje frecuentemente es operativo de acuerdo con el problema de salud del paciente. Se hace énfasis en la identificación de síntomas y signos, sistematizando los hallazgos por órganos, aparatos y sistemas.

Se recomienda iniciar la entrevista con empatía. Basta de inicio una mirada de afecto y algún contacto físico como estrechar la mano al saludar y algunas palabras amigables; también poner atención en el contexto de la entrevista, modulando el marco ambiental (aislamiento, ruidos, iluminación, comodidad etc.).

Por encima de todo es importante la confidencialidad, dado que es un derecho importante y fundamental del paciente. Una vez ganada la confianza del paciente, el médico debe prestar atención a su voz, herramienta más valiosa con la que cuenta en su arsenal terapéutico. Un lenguaje llano y sencillo, ayuda a clarificar el mensaje (síntomas) y a profundizar en la esfera psicológica. (13,14,15,16,17)

En este proceso comunicativo a veces se produce la pérdida de la calidad del mensaje, lo que impide la mejor realización del mismo.

La distorsión del mensaje es provocada por obstáculos llamados barreras o ruidos, que pueden ser relativos al conocimiento humano o determinados por la cultura, costumbres, religión, hábitos de vida, prejuicios raciales.

Las barreras más comunes son:

- Mecánicas o naturales:
 - Cuando se producen ruidos ambientales (vientos, equipos de aire, automóviles al pasar)
 - Cuando la distancia entre los hablantes no es la correcta (uno encima del otro o muy alejados, lo que provoca incorrecta impostación de la voz)
 - Cuando personas ajenas a la entrevista interrumpen la comunicación y distraen a uno de los participantes (tiene efecto psicológico)
- Gnoseológicas: relativas al conocimiento, se producen por incultura del sujeto que emite o recibe el mensaje, por poca experiencia o ignorancia.

Contribuye también la tendencia a racionalizar el tiempo y la presión social. Se confía todo al poder de la técnica y se deja a un lado a la persona, en general, los médicos están entrenados para hacer preguntas, no para escuchar.

Socio-psicológicas: referidas a aquellas ideas que el sujeto tiene como válidas y bien fundamentadas y que actúan como elementos de bloqueo en las nuevas informaciones que le pretendan transmitir, especialmente si están opuestas a las anteriores. (18)

Otras barreras:

- La crítica: centrarse en los aspectos negativos de la situación induce a la culpa y disminuye la autoestima. Ej.: "solo piensas en ti cuando bebes".
- El elogio manipulador: utilizar el elogio como gancho para tratar que las personas cambien su conducta, las hace recelosas y las obliga a asumir posturas defensivas.
- La orden: decirle a una persona de manera autoritaria qué debe hacer socava su autoestima.
- La amenaza: dar un ultimátum para que cambie recalca el castigo. Ej.: "si no dejas de fumar, te veré en oncología".
- Los argumentos lógicos: centrarse en los aspectos objetivos del conflicto y pasar por alto las emociones puede limitar a la persona cuando esta se encuentra bajo estrés por atender a los hechos y no a los sentimientos.

- El tranquilizar: tratar de suavizar las cosas, puede constituir un obstáculo si el que escucha trata de ayudar pero no experimenta las emociones del otro, carece de empatía y puede ser demasiado optimista. (19)

La relación médico paciente es, sin duda, la principal arma con la que cuentan los médicos, para solucionar los problemas de salud de sus pacientes, es el instrumento que, indispensablemente deben saber manejar todos. Desgraciadamente, pocos han alcanzado a visualizar su utilidad y mucho menos han aprendido a utilizarla.

Es común la creencia de que cuando un enfermo no se siente mejor tras haber sido atendido por el médico es porque éste es un mal médico. El papel del médico es el de educador de la salud, una vez que el paciente asuma la responsabilidad sobre su propia salud, es probable que las consultas posteriores se realicen como una relación entre iguales, tendencia que merece ser alentada. (20,21)

El tranquilizar: tratar de suavizar las cosas puede constituir un obstáculo si el que escucha trata de ayudar pero no experimenta las emociones del otro, carece de empatía y puede ser demasiado optimista.

La comunicación será más efectiva en la medida en que logremos erradicar la mayor parte de los ruidos.

El grado de madurez de la persona y la magnitud de los temores despertados por las distintas alternativas ofrecidas por el experto obligan a este a actuar sobre obstáculos internos que requieren, además de información, acciones específicas sobre elementos básicos de la personalidad, distintos en cada paciente.

El médico debe conocer las características individuales de cada paciente, esto le permite establecer una mejor relación con él, ayudarlo a vencer sus temores y dificultades, es su tarea entender las esperanzas, miedos, ansiedades y situación social del paciente para poder establecer una relación sanativa, considerando la integridad de la persona, el médico actúa como consejero, el paciente es el que toma la decisión, el médico no puede manipular, forzar o engañar al paciente en la toma de decisiones.

El paciente debe sentirse cómodo, en un ambiente de naturalidad y confianza, evitar expresiones de reproche, actitudes de superioridad que puedan dar la impresión de hallarse delante de un juez y no de un profesional que lo comprenderá y ayudará.

La utilización del lenguaje científico puede provocar incomprendiones e interpretaciones erróneas sobre la enfermedad, pronóstico, curación y rehabilitación del paciente, el médico debe adecuar el lenguaje técnico al popular sin llegar al vulgar, debe establecer un diálogo amable, inspirar confianza; es importante e imprescindible escuchar el parecer del paciente en cuanto al tratamiento sugerido, complementarios y efectos secundarios del mismo, el

respeto al paciente consiste en reconocer su valor como persona además de tratarlo con corrección y cortesía.

La atmósfera de la entrevista debe ser privada, sin ruidos externos que afecten la misma, evitar las interrupciones y garantizar la intimidad del encuentro; si se produjera alguna interrupción justificada el médico debe explicar la situación y pedir permiso.

Es necesario dedicarle tiempo suficiente al paciente para que este llegue a la conclusión de que se le ha atendido suficientemente bien, que su caso ha sido comprendido por el médico y que este le puede procurar lo que él necesita; resulta conveniente que lo escuche pacientemente, evitar interrumpirlo con preguntas sobre otro tema, ya que podría pensar que el médico no está interesado en sus problemas.

La confidencialidad es imprescindible, el médico está éticamente obligado por secreto profesional a no divulgar la información obtenida de un paciente, salvo que este lo autorice expresamente.

El médico no debe ser muy optimista pero tampoco pesimista, no debe mostrar dudas, debe conocer a fondo las características individuales de los pacientes, lo que le permite actuar y obtener buenos resultados a pesar de los mecanismos de defensa activados ante situaciones dadas.

La pérdida del respeto puede significar para el médico una pérdida de autoridad en el terreno estrictamente profesional. (22)

RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO EXITOSO DE LA RELACION MÉDICO – PACIENTE

- Otorgue el valor que merece el significado de la relación positiva médico – paciente, planifique siempre su comportamiento idóneo en la misma.
- Trace la meta de perfeccionar sus relaciones, asuma una permanente actitud autocrítica en cada nueva experiencia interpersonal.
- Cumpla los pasos de la entrevista médica.
- Póngase en el lugar del enfermo, compórtese ante él como quisiera ser tratado en su situación.
- Vele porque sus problemas personales no se reflejen en sus relaciones con los pacientes.
- Muestre a sus pacientes el interés en conocerlos como personas.
- No pierda la oportunidad de mostrarles afecto. (23)

LABOR EDUCATIVA DEL MÉDICO. COMO LOGRAR CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA.

La actitud más adecuada por parte del médico es la que corresponde a la de un profesional dedicado a mejorar la salud de las personas que acuden a él, lo que supone cierta proximidad interpersonal, pero manteniendo respetuoso distanciamiento.

En el marco de la entrevista clínica, a la hora de intentar cambiar hábitos en los pacientes se han utilizado modelos que se mueven en el plano cognitivo, conductual y emocional:

1. Coercitivo, directivo o autoritario: impone pautas al paciente (conjuntivitis, tuberculosis) deben acatar determinadas precauciones.
2. Informativo: aporta su información de experto con el fin de que el paciente acepte los beneficios del cambio propuesto.
3. Argumentativo: razona incorporando elementos del propio individuo.
4. Persuasivo: intenta influir con un matiz de interés en el cambio del paciente.
5. Motivacional: actúa en un plano emocional más profundo, centrado en el consultante – paciente. Aquí él elabora sus propias reflexiones mientras el profesional favorece y acompaña sus decisiones. Preconiza la bidireccionalidad, empatía y potencia la sensación de auto eficacia del paciente.

Durante siglos los médicos practicando la beneficencia, se atuvieron a una jerarquía de valores mediante los cuales salvar la vida del paciente justificaba producirle molestias, dolores e incluso agresiones importantes que dejaban secuelas en su cuerpo.

En la actualidad hay una jerarquía de valores diferentes que indican por qué, por quién y para qué vivir y justifican por qué, por quién y para qué morir.

En médico no tiene derecho a imponer su jerarquía personal, es el paciente quien debe decidir que acciones de salud realiza o permite al equipo médico realizar con el objetivo de salvar su vida, esto es Autonomía.

Para ejercer este derecho el experto informa al paciente los pros y el contra de esas decisiones y así obtiene su consentimiento informado.

Ahora bien: ¿qué hacer?

- Si el paciente después de informado se muestra rebelde ante las acciones de salud propuestas.
- Si está debidamente preparado para tomar decisiones sobre su salud sólo con informarlo.

Cuando la medicina arriba al concepto de que para lograr el estado de salud debían estar presentes el equilibrio biológico, psíquico y social se evidenció que la relación autoritaria impedía conocer y comprender factores psicológicos y sociales que influían en la salud de los pacientes. (24)

El papel del paciente pasa a ser mucho más activo, se constató que era necesario que dejara de ser objeto y se convirtiera en sujeto de su propia salud; así el principio de autonomía gana más fuerza, aunque se requiere de ciertas limitaciones precisas para evitar que su uso inadecuado concluya con un desastre para él.

Si la enfermedad afecta a terceros, el sujeto no queda totalmente libre sobre las decisiones a tomar en su conducta y la sociedad puede exigirle e imponerle medidas para protegerse.

En el orden económico:

- Un paciente ingresado está más sometido a criterios autoritarios del médico.
- Tiene derecho a ser informado de las razones y propósitos de cada acción; a ser convencido, a que lo ayuden a vencer sus temores.
- Pero si decide qué acciones permite y cuáles no, cuáles dejar para mañana sin peligro de cronificaciones ni secuelas.

Esto implica duplicar el tiempo de estancia en el hospital, y esa cama ocupada impide el tratamiento a otro paciente.

¿Este derecho y autonomía no afecta a terceros?

El médico en atención primaria actúa sobre pacientes ambulatorios y parte de su tarea es prevenir enfermedades a sujetos que ni siquiera sienten síntomas indicativos de desequilibrio

En Cuba existe el MGI que vive en una comunidad determinada de familias , dentro de las tareas de prevención primaria está el control de los factores de riesgo en la lucha contra las enfermedades que por su incidencia son causas principales de muerte en nuestra población (Arterio-esclerosis, cáncer, hipertensión arterial); pero requiere cambios en el estilo de vida del paciente o en sus actitudes hacia las acciones de salud y esa es su misión; estos cambios no se logran por la fuerza, necesitan de la participación activa y consciente de los adultos.

El MGI tiene que ser un educador y tener sus técnicas, no debe ser un informador ni un consejero, debe conocer la personalidad de cada sujeto, como reguladora de su conducta y para intentar un cambio de conducta hay que lograr modificaciones en los componentes básicos de la personalidad.

COMPONENTES:

- Imagen del mundo: lo que el sujeto cree conocer, opiniones, criterios.
- Sentido personal: los efectos provocados por las causas que conoce.
- Motivaciones: surgidas de las necesidades que se les hacen conscientes

Además de estos elementos para tomar decisiones hacen falta cualidades como voluntad, independencia, firmeza, perseverancia y autodomínio.

Educar significa transmitir valores, actuar sobre la jerarquía de los mismos, sobre la escala de motivos del educado, ayudarlo a desarrollar sus cualidades volitivas (autodomínio, voluntad...) entonces se puede hablar de consentimiento educado.

El ejercicio de la autonomía persigue darle libertad de opciones al paciente, si el profesional de la salud no hace coincidir las necesidades subjetivas de salud (las que el paciente siente y ha hecho consciente) con las necesidades objetivas (reales) por medio de la educación al modificar su escala de motivos no habrá logrado incorporar a su práctica médica el respeto por la esencia del principio de la autonomía.

El profesional de la salud está compulsado por el principio de la beneficencia y no puede renunciar a este deber; está obligado a dominar técnicas de psicología y habilidades en la relación médico- paciente que le permitan producir cambios en la personalidad de sus pacientes, para lograr hacer coincidir sus necesidades subjetivas de salud con las reales; así sus pacientes se convierten en sujetos de su propia salud, sin lo cual los principios de autonomía y beneficencia son una utopía irrealizable. (25)

COMO TRATAR A LOS ENFERMOS

Cuando un individuo se enferma, se deprime, tiene comportamientos pueriles (para llamar la atención de familiares y amigos) se ve mucho en niños y adultos mayores, que obtienen ganancias secundarias, como no ir a la escuela, evitar discusiones, que no lo dejen solo, etc.

Características de los enfermos:

Hay pacientes que usan sus enfermedades, otros las subvaloran y otros las enfrentan de manera normal. El médico tiene que conocer las características del paciente, su entorno social, individualidades, enfermedad. (26)

Tipos de RMP:

- Pasiva – activa: cuando hay problemas muy agudos (alteraciones de conciencia). Ej.: esquizofrenia, demencia, ansiedad, depresión, neurosis, histeria, etc.
- Cooperación guiada: cuando hay enfermedades agudas: el médico orienta, el paciente realiza. Ej.: amigdalitis, sacro lumbalgia.
- Participación mutua: los dos son activos, el paciente debe modificar su estilo de vida para convivir con su enfermedad. Ej.: enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión.

Conductas del paciente:

- Sumisión: se siente inferior, apenas levanta la vista, habla bajita.
- Hostil: se siente en desventaja, puede ser autoritario, prepotente.

El médico debe ayudarlos con profesionalismo. El paciente puede comportarse de la manera que no es: demasiado fino, educado, cuando en realidad es chusma.

Tipos de acompañante:

A – bueno, coopera con los dos.

B – cómplice, apoya todo lo que dice el paciente.

C – desinteresado, no le interesa nada de lo que le hacen al paciente.

Pacientes en cuidados intensivos

- Críticos: paciente grave con riesgo actual o potencial de sufrir complicaciones que pongan en peligro su vida, si esta complicación no se resuelve, muere.
- Terminal: paciente que sufre un proceso de enfermedad irreversible que conlleva a la muerte en un tiempo previsible.
- Incurable: paciente que sufre una enfermedad que no tiene cura pero no está previsto su desenlace fatal.

Aquí se trabaja con incertidumbre, hay que hacer complementarios y poner tratamiento pero no se tiene certidumbre del resultado. Hay poco tiempo para decidir y si la decisión no es acertada, no hay posibilidades de retroceso.

Condiciones de trabajo especiales: encerrados. En muchas ocasiones se toman decisiones que no llegan por igual a todos los miembros del equipo.

Se debe actualizar a los familiares de la situación del enfermo, lograr el consentimiento informado de acuerdo con las decisiones que se tomarán en un futuro. La mayoría de las veces las decisiones de CI deben tomarse sin el consentimiento informado.

Medicina paliativa:

Se está rescatando en el mundo porque:

- Todas las enfermedades no tienen cura, hay crónicas y terminales que necesitan paliar el dolor y el sufrimiento de esos pacientes.
- No todas las personas asumen el tratamiento.
- Los tratamientos generalmente son invasivos, causan agresiones al organismo que son aliviados con esta medicina.
- Cuidados paliativos: cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento activo con intención curativa.
- Asume el dolor y el sufrimiento.
- Mejora la calidad de vida.

Objetivos de los cuidados paliativos:

1. Reafirmar la importancia de la vida del ser humano.
2. Establecer el proceso que no acelere pero que tampoco posponga el momento de la muerte.
3. Propiciar alivio al dolor del paciente y familiares.
4. Propiciar apoyo a familiares para que puedan enfrentar la enfermedad del paciente, el momento del fallecimiento y llevar a cabo el duelo familiar.

Principios de la medicina paliativa:

1. Atención integral al binomio paciente – familiar.
2. Trabajo en equipo multidisciplinario.
3. Apoyo emocional al paciente y al familiar.
4. Preservar la dignidad y auto-elección del paciente (autonomía).
5. Promover la participación activa de los familiares en las medidas y acciones que se lleven a cabo.
6. Precisar y dar información básica acerca de la evolución del paciente.

Relación pediatra – niño.

Lactantes – la comunicación es no verbal.

Se comunican a través del llanto (indica dolor, hambre, molestia).

El pediatra debe:

- Respetarle como persona.
- Prevenir las molestias y el dolor (hablar con dulzura, acariciar).

Preescolares – la comunicación es verbal

La relación debe ser afectiva.

Evitar el miedo.

Escolares – Hay mayor comunicación.

Es necesario informar, escuchar, responder.

Adolescentes – hay autonomía progresiva, confidencialidad.

Como tratar a los enfermos:

1. Aliviar el dolor y otros síntomas o signos que provoquen molestias y sufrimientos, favorecer la compañía de los seres queridos.
2. Explicar lo que tiene interés de escuchar.
3. Ayudar a fallecer en su casa, rodeado de seres queridos.
4. Responder rápido a su llamado.
5. Presencia en los momentos de angustia.
6. Uso de cuidados paliativos.
7. Alimentación adecuada utilizando la vía adecuada.
8. Evaluar necesidades sociales, psicológicas y emocionales (flexibilizar el horario de visita, el número de acompañantes, colocar el vaso de agua fresca, acomodar almohada).

Como dar las malas noticias:

Dar las malas noticias depende del nivel cultural, de la estatura humana del individuo.

Verdad - ¿se dice o no?

Hasta donde el paciente debe saber, de forma paulatina.

- siempre será un derecho del paciente.
- Cada momento de la enfermedad del paciente tiene su verdad.
- Hay que darla con el corazón lleno de humanismo y optimismo.
- El conocimiento de la misma debe ser progresivo (hay que dosificarla)

- Es el mejor agente terapéutico, el antídoto contra el miedo.

"es peor vivir en la incertidumbre que enfrentar la verdad"

Malas noticias – todo lo que modifique radical y negativamente la idea que el enfermo tiene de su porvenir.

Elementos orientadores:

1. Es esencial individualizar para ser mas o menos explícitos a la hora de dar información así como diseñar estrategias de soporte:
 - a. Equilibrio psicológico del enfermo
2. Gravedad de la enfermedad y estudio evolutivo de la misma – mientras mas grave sea el cuadro mas difícil de comunicar la noticia.
3. Edad – los más jóvenes quieren conocer la verdad más que los viejos.
4. Impacto emocional sobre el paciente enfermo
 - a. Las mamás por ser símbolo de fertilidad y erotismo.
5. Tipo de tratamiento – derecho del enfermo
6. Rol social

Algunas orientaciones:

1. Estar absolutamente seguro del diagnóstico.
2. Buscar un lugar adecuado (tranquilo,) evitar interrupciones, ruidos externos, ...
3. El paciente tiene derecho a conocer su situación, evitarlo en dos casos:
 - a. Antecedentes psiquiátricos , intentos de suicidio (... terapéutico)
 - b. Que el enfermo diga: yo me pongo en sus manos, no quiero saber nada.
 - La comunicación es la ciencia que no se debe improvisar y el médico debe tener conocimientos amplios sobre comunicación
 - Averigüe lo que el enfermo quiere saber:
 - Preguntar: ¿Está preocupado por su estado de salud? ¿Qué piensa de ese dolor y esos vómitos?
 - Damos la oportunidad de que pregunte: ¿Le gustaría que le brindara detalles de su enfermedad?
 - Averigüe lo que el enfermo está en condiciones de saber:
 - Oportunidad a que pregunte
 - Jamás se puede mentir pero no siempre hay obligación de decir la verdad.

Algunas orientaciones:

1. No quitar la esperanza.
2. "Conspiración del silencio"

3. El paciente tiene derecho a conocer su situación, evitarlo en dos casos:

- a. Antecedentes psiquiátricos, intentos de suicidio
- b. Que el enfermo diga: yo me pongo en sus manos, no quiero saber nada.

- La comunicación es la ciencia que no se debe improvisar y el médico debe tener conocimientos amplios sobre la comunicación.
- Averigüe lo que el enfermo quiere saber.
- Preguntar. ¿Está preocupado por su estado de salud? ¿Qué piensa de ese dolor y esos vómitos?
- Damos la oportunidad de que pregunte. ¿Le gustaría que le brindara detalles de su enfermedad?
- Averigüe lo que el enfermo está en condiciones de saber:
- Oportunidad a que pregunte.
- Jamás se puede mentir pero no siempre hay obligación de decir la verdad.

Algunas orientaciones:

1. No quitar la esperanza
2. "Conspiración del silencio"

Ayudar al enfermo a morir con dignidad: sin dolores, en un entorno digno del ser humano, mantener contacto sencillo y enriquecedor con personas cercanas sin el estrépito frenético de la tecnología (27).

Instrumento de medición se elaboro por médicos familiares y validado por 4 médicos también familiares. Lo que pretende es evaluar la percepción de la comunicación en la relación medico-paciente, por los pacientes que, previamente recibieron una consulta medica. La prueba piloto se realizó en la UMF 2, con 10 pacientes.

Además se les otorgo consentimiento informado, en donde se les comunica el titulo del protocolo de investigación y cual es el objetivo se les dio a conocer, que la información obtenida, se manejaría de manera confidencial, asimismo se les informa que los participantes que, decidieran retirarse del proyecto de investigación lo podían hacer sin mayor problema.

III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes en el IMSS, tienen dificultad para comunicar sus necesidades al médico, debido a que creen, en múltiples ocasiones, que el significado que ellos le dan a las palabras, que utilizan para comunicarse, es el mismo que el médico les da, o viceversa, sin enterarse, porque no se está usando el mismo código. Los médicos del IMSS, debemos de aprender a escuchar, y ver de manera objetiva, lo que los pacientes desean transmitir, analizando e interpretando, toda la información que el paciente nos brinda y de manera adecuada, lo anterior, para que el diagnóstico y tratamiento médico, sea lo más certero posible. Asimismo, es de suma importancia, hacer adecuaciones de la información que se le da al paciente de acuerdo a su nivel sociocultural en cuanto al diagnóstico de su enfermedad, las indicaciones y tratamiento médico a seguir, para evitar confusiones en los mismos, lo que sólo se puede realizar con una comunicación apropiada.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de la comunicación en la relación médico paciente por parte de los usuarios de la UMF 41 en el IMSS?

IV JUSTIFICACIÓN.

La comunicación en la relación médico paciente es la piedra angular de la práctica médica junto con la exploración física de un paciente; para que este exponga detalladamente la causa o motivo de la consulta.

Por otro lado es el arte del médico para obtener la información necesaria y lograr un buen diagnóstico y tratamiento.

Saber como es la comunicación en la relación entre médico-paciente en el IMSS, percibida por el segundo, es de suma importancia, no encontrando bibliografía suficiente en México, de ahí la importancia de la realización de este estudio ya que sin la comunicación adecuada y confiable en la relación médico paciente, es difícil obtener logros en la calidad de la atención.

Debemos tener presente que la comunicación es la fuente donde se iluminan las cosas, hechos, fenómenos; es el medio por el cual el hombre puede manifestar sus sentimientos y emociones. Sin el poder de la comunicación no podríamos manifestar los momentos cruciales que son los que dan sentido a la vida humana.

Es importante tener una adecuada comunicación en la relación médico paciente, de lo contrario la posibilidad de conflicto entre médico paciente es muy elevada, lo que trae consigo aumento en las demandas al médico y a la institución donde se labora, aumentando costos, se ha demostrado que una buena relación médico paciente, disminuye costos, pues el simple hecho de que el paciente sea escuchado por su médico es terapéutico, lo que al paciente hará sentirse mejor en cuanto a su salud física mental y emocional, disminuyendo de manera importante el consumo de medicamentos.

En un sistema social la confianza ganada por el médico tiene un importante valor pragmático en un sistema social, es el lubricante básico y eficiente. Un grado adecuado de fe en el médico nos ahorra una gran cantidad de problemas. La confianza mutua tiene un gran valor económico real y práctico evitando gastos en la salud y economía. De ahí la trascendencia del presente estudio.

V.- OBJETIVO DEL ESTUDIO.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la percepción de la comunicación en la relación médico paciente por los usuarios de la UMF 41 del IMSS

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la percepción que tiene el usuario de la atención adecuada y aceptable del médico.
- Identificar la percepción que tiene el usuario de la competencia y comunicación verbal del médico.
- Identificar la percepción que tiene el usuario de la comunicación no verbal del médico.
- Identificar la percepción que tiene el usuario de la autoridad del médico de acuerdo a la comunicación existente entre ellos.

VI.- HIPÓTESIS.

Hipótesis de Trabajo: Los usuarios de la UMF 41 tienen una adecuada percepción de la comunicación en la relación médico paciente

VII PACIENTES, MATERIAL Y METODOS

7.1 Tipo de estudio.

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal.

7.2 Población, lugar y tiempo de estudio.

El estudio se realizó al término de la consulta de medicina familiar a pacientes adultos de más de 18 años adscritos a la UMF 41, ambos sexos, de ambos turnos, que quisieran participar una vez que se les explica el consentimiento informado y que contestaron completo el cuestionario validado (página 52). Se eligen al azar cuatro pacientes de cada consultorio hasta obtener el tamaño de muestra calculado del 01 al 31 de octubre del 2006.

7.3 Tipo y tamaño de la muestra

Muestro no probabilístico, de casos consecutivos a conveniencia, en el periodo del 01 al 31 de octubre del 2006. En base al programa STATS Versión 1.0, se calculo el tamaño de muestra de 200 pacientes, con un error máximo aceptable del 5% y nivel de confianza del 90%

7.4 Criterios de elección

Criterios de inclusión.

- Pacientes adscritos a la U. M. F. No. 41, ambos turnos.
- Pacientes de más de 18 años de edad
- Cualquier patología que no les impida llenar el cuestionario

Criterios de exclusión

- Síndrome orgánico cerebral (sin cuidador)
- Retraso mental (sin cuidador)
- Patologías que impidan el proceso de comunicación en el paciente.

Criterios de eliminación

- Que no llenen el cuestionario por lo menos al 80%
- Que se desee retirar del estudio

7.5 Información a recolectar (variables)

VARIABLES INDEPENDIENTE

COMUNICACION

Definición conceptual: Es el proceso a través del cual se transmite y se recibe información, entre dos o más personas.

Definición operacional: Obtención de la apreciación del paciente a través de un cuestionario validado, al termino de la consulta de medicina familiar donde se evalúa la comunicación en la atención adecuada y aceptable, capacidad y autoridad del médico.

VARIABLE DEPENDIENTE

RELACION MEDICO PACIENTE

Definición conceptual: Apreciación que tienen los pacientes hacia el conjunto de capacidades profesionales del médico y habilidades interpersonales, para establecer una adecuada comunicación y atención médica

Definición operacional: Es la puntuación obtenida en los diferentes dominios que integran la variable percepción de la comunicación en la relación médico paciente. La escala de medición es ordinal de acuerdo a la escala de Likert y será de la siguiente manera:

Adecuada	de 153 a 190 puntos
Regular	de 115 a 152 puntos
Neutra	de 77 a 114 puntos
Pobre	de 39 a 76 puntos
Inadecuada de	00 a 38 puntos

7.6 Métodos para captar la información

Se analizaron los datos recopilados por el instrumento de medición validado por cuatro médicos familiares, que consta de 19 ítem, los cuales evalúan la percepción del paciente hacia la comunicación en la relación medico-paciente, si la considera adecuada, aceptable, competente, comunicación verbal, comunicación no verbal y autoridad del médico. La prueba piloto se realizó en la UMF 2 con 10 pacientes, entendieron adecuadamente todas las preguntas (el instrumento se encuentra en la página número 52 de este mismo documento), a través de varios métodos estadísticos, según la variables escogidas para este estudio, se capturo la información diario en EXEL, para computar los datos de estadística básica como: media, mediana, moda, frecuencia y porcentajes; se utilizó el programa estadístico “Statistical Package for the Social Science” (SPSS, por sus siglas en ingles).

7.7 Consideraciones éticas

La realización de la presente investigación, es factible realizarse en la U. M. F. 41, debido a que se cuenta con población (pacientes) suficiente para poder llevarlo a cabo. Así mismo se cuenta con el apoyo de las autoridades directivas de dicha unidad, además del servicio de Enseñanza e Investigación en Salud, lo que facilita la investigación y toma de datos de los pacientes que deseen participar.

Consideramos que el presente estudio es ético pues guarda y preserva la intimidad de cada paciente. La investigación no pone en riesgo a los pacientes participantes, pues solo se realizaran encuestas anónimas que serán analizadas solo por el propio investigador.

Los aspectos éticos de la presente investigación, se basan en la ley general de salud, en materia de investigación para la Salud, Secretaria de Salud 1987, Título Segundo, Capitulo Primero, Artículo 17, Fracción 1, por lo que puede aplicarse el Artículo 23 del mismo reglamento.

Asimismo se utilizó el consentimiento en el cual se hace mención del título del estudio, además de que se le informa que los datos obtenidos serán manejados de manera confidencial, por otra parte se le hace saber al participante, que, si el lo desea podrá retirarse en el momento en que el lo desee, si decidiera no continuar

También se fundamenta en:

EL CODIGO de NUREMBERG:

El código aclara los principios básicos, que regulan la realización ética de la investigación como son:

- Capacidad de dar conocimiento.
- Ausencia de coacción.
- Comprensión de los riesgos y beneficios implícitos.

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Esta hace referencia a el deber del médico de promover y velar por la salud de las personas, mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, promover el respeto a todos los seres humanos para proteger su salud y sus derechos individuales..

Informe Belmont

En 1978 se presenta el informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación con seres humanos. Toma en consideración los siguientes principios:

1.- **Respeto a las personas.** Los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tiene derecho a ser protegidas.

2.- **Beneficencia.** El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.

3.- **Justicia.** Siempre que una investigación financiada con fondos públicos, de cómo resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas solo a aquellas personas o

grupos que no estén en posibilidades de contarse entre los beneficiarios de las aplicaciones subsecuentes de la investigación.

7.8 Recursos

Humanos.

Asesor de tesis
Residente de medicina familiar
Derechohabientes.

Físicos.

Inmuebles de la U. M. F. No. 41.
Computadora personal e impresora
Biblioteca

Financieros.

Hojas blancas	\$ 12.00
Copias de cuestionarios	\$ 180.00
Engargolado	\$ 25.00
Internet	\$ 400.00
Gastos del automóvil	\$ 300.00
Alimentación.	\$ 500.00
Total	\$ 1407.00

PERCEPCION DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACION MEDICO PACIENTE POR LOS USUARIOS DE LA UMF 41 DEL IMSS

7.9 Cronograma

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVERSION
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
 UNIDAD ACADÉMICA "SANTA MARIA LA RIVERA"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 REGION CENTRO, DELEGACION NORTE DEL DF
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 41

PERCEPCION DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACION MEDICO PACIENTE POR LOS USUARIOS EN LA UMF 41 DEL IMSS

ACTIVIDADES	MARZO 2004 FEB 2005	MAR JUN 2005	JUL DIC 2005	ENE FEB 2006	AGO 2006	SEP 2006	OCT 2006	NOV 2006	DIC 2006	ENE 2006
LIMITACION DEL PROBLEMA										
REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA										
FORMULACION DEL PROYECTO										
DISEÑO DEL INSTRUMENTO										
APLICACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO										
ACEPTACION DE L COMITÉ LOCAL										
RECOLECCION DE DATOS										
ANALISIS DE LA INFORMACION										
ELABORACION DEL INFORME										
ENTREGA DE RESULTADOS										

Responsable: Dr. Adrián Ruiz Hinojosa, Residente de 3er años de Medicina Familiar

VIII. RESULTADOS

8.1 Descripción de los resultados. Análisis estadísticos.

Una vez concluida la recolección de datos, obtuvimos los siguientes resultados:

Por pregunta específica:

Pregunta 1

¿Considera atención apropiada por parte de su Médico Familiar (MF)? El 51 % considera totalmente de acuerdo, el 37.5% de acuerdo, el 7% neutra, el 3% en desacuerdo, el 0.5% totalmente en desacuerdo, no contestó 1%. (Tabla y grafica 1)

Pregunta 2

¿El MF preguntó en forma suficiente? El 46.5% totalmente de acuerdo, el 38% de acuerdo, el 12% neutra, el 3% en desacuerdo, el 0% totalmente en desacuerdo, no contestó 0.5%. (Tabla 2)

Pregunta 3

¿Actitud adecuada al explorar? El 47.5 % considera totalmente de acuerdo, el 41.5% de acuerdo, el 6% neutra, el 4% en desacuerdo, el 0% totalmente en desacuerdo, no contestó 1%. (Tabla 3 y grafica 2)

Pregunta 4

¿Considera a su MF competente y hábil? El 51.5 % considera totalmente de acuerdo, el 41.5% de acuerdo, el 4.5% neutra, el 1.5% en desacuerdo, el 0.5% totalmente en desacuerdo, no contestó 0.5% (Tabla 2)

Pregunta 5

¿Su MF le inspira confianza? El 54% considera totalmente de acuerdo, el 36.5% de acuerdo, el 5.5% neutra, el 3% en desacuerdo, el 1.0% totalmente en desacuerdo, no contestó 0%. (Tabla 2)

Pregunta 6

¿Considera la comunicación de su MF directa y entendible? El 50 % considera totalmente de acuerdo, el 40% de acuerdo, el 8% neutra, el 1.5% en desacuerdo, el 0.5% totalmente en desacuerdo, no contestó 0%. (Tabla 2)

Pregunta 7

¿El MF le otorga otro medicamento a sugerencia del paciente? El 12% considera totalmente de acuerdo, el 10.5% de acuerdo, el 12% neutra, el 23% en desacuerdo, el 38.5% totalmente en desacuerdo, no contestó 4%. (Tabla 5 y grafica 4)

Pregunta 8

PERCEPCION DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACION MEDICO PACIENTE POR LOS USUARIOS DE LA UMF 41 DEL IMSS

¿El MF uso comunicación no verbal? El 11.5 % considera totalmente de acuerdo, el 21.5% de acuerdo, el 15.5% neutra, el 19.5% en desacuerdo, el 29% totalmente en desacuerdo, no contestó 3%. (Tabla 3 y grafica 2)

Pregunta 9

¿Existió interrupción durante la consulta? El 12.5% considera totalmente de acuerdo, el 10.5% de acuerdo, el 15% neutra, el 20% en desacuerdo, el 40% totalmente en desacuerdo, no contestó 2%. (Tabla 4y grafica 3)

Pregunta 10

¿Tiempo de consulta suficiente para adecuada comunicación? El 39.5% considera totalmente de acuerdo, el 48.5% de acuerdo, el 6% neutra, el 5% en desacuerdo, el 1% totalmente en desacuerdo, no contestó 0%. (Tabla 2)

Pregunta 11

¿Ruidos intensos que no permiten comunicación adecuada? El 8.5% considera totalmente de acuerdo, el 6.5% de acuerdo, el 13% neutra, el 20% en desacuerdo, el 49.5% totalmente en desacuerdo, no contestó 2.5%. (Tabla 4 y grafica 3)

Pregunta 12

¿Escucho el MF con atención sus explicaciones? El 58.5 % considera totalmente de acuerdo, el 32% de acuerdo, el 6.5% neutra, el 3% en desacuerdo, el 0% totalmente en desacuerdo, no contestó 0%. (Tabla 2)

Pregunta 13

¿La distancia entre el MF y Ud. es apropiada? El 52.5% considera totalmente de acuerdo, el 36.5% de acuerdo, el 5% neutra, el 4% en desacuerdo, el 2% totalmente en desacuerdo, no contestó 0.5%. (Tabla 3 y grafica 2)

Pregunta 14

¿Entendió Ud. la explicación que le dio su MF, acerca de su enfermedad y tratamiento? El 48% considera totalmente de acuerdo, el 41% de acuerdo, el 2.5% neutra, el 0.5% en desacuerdo, no contestó 1%. (Tabla 2)

Pregunta 15

¿Le permitió su MF hacerle preguntas? El 48.5 % considera totalmente de acuerdo, el 43% de acuerdo, el 4.5% neutra, el 2.5% en desacuerdo, el 0.5% totalmente en desacuerdo, no contestó 1%. (Tabla 2)

Pregunta 16

¿Fue claro el MF al contestarle sus preguntas? El 45.5% considera totalmente de acuerdo, el 43.5% de acuerdo, el 7.5% neutra, el 1.5% en desacuerdo, el 0.5% totalmente en desacuerdo, no contestó 1.5%. (Tabla 2)

Pregunta 17

¿Considera autoritario a su MF al indicar el tratamiento farmacológico y no farmacológico? El 15.7 % considera totalmente de acuerdo, el 16.5% de acuerdo, el 15% neutra, el 18% en desacuerdo, el 33% totalmente en desacuerdo, no contestó 2%. (Tabla 5 y grafica 4)

PERCEPCION DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACION MEDICO PACIENTE POR LOS USUARIOS
DE LA UMF 41 DEL IMSS

Pregunta 18

¿Considera la relación entre ambos estable? El 49% considera totalmente de acuerdo, el 43.5% de acuerdo, el 5.5% neutra, el 1% en desacuerdo, el 1% totalmente en desacuerdo, no contestó 0%. (Tabla y grafica 1)

Pregunta 19

¿Le miró a los ojos el mayor tiempo de la consulta? El 26.5 % considera totalmente de acuerdo, el 38.5% de acuerdo, el 18% neutra, el 6% en desacuerdo, el 4.5% totalmente en desacuerdo, no contestó 6%. (Tabla 3 y grafica 2)

La percepción de la comunicación en la relación Medico Paciente por los derechohabientes entrevistados fue:

Adecuada 52%, regular 45%, Neutro 3% y pobre e inadecuada 0%.

PERCEPCION DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACION MEDICO PACIENTE POR LOS USUARIOS DE LA UMF 41 DEL IMSS

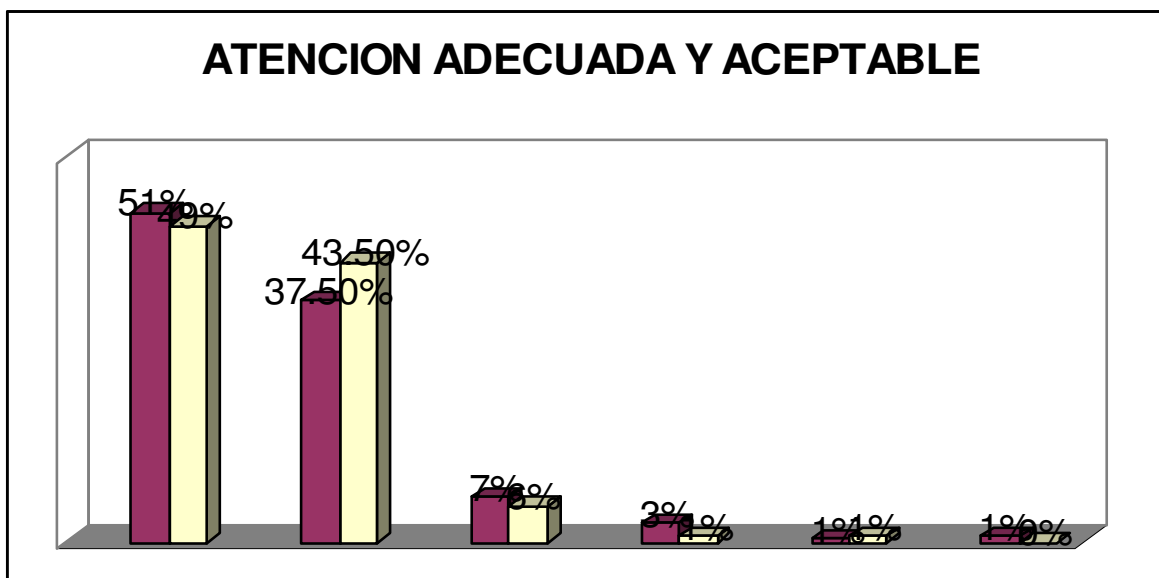
8.2 Tablas y gráficas

Tabla 1

TABLA QUE EVALUA ATENCION ADECUADA Y ACEPTABLE

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesto
Pregunta 1 Considera la atención adecuada por parte de su MF	102 (51%)	75 (37.5%)	14 (7%)	6 (3%)	1 (0.5%)	2 (1%)
Pregunta 18 Considera la relación con su MF aceptable	98 (49%)	87 (43.5%)	11 (5.5%)	2 (1%)	2 (1%)	0 (0%)

Muestra = 200 derechohabientes encuestados



Grafica 1:

Muestra = 200 derechohabientes encuestados
 Barra obscura: atención adecuada
 Barra clara: atención aceptable

PERCEPCION DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACION MEDICO PACIENTE POR LOS USUARIOS DE LA UMF 41 DEL IMSS

Tabla 2

TABLA QUE EVALUA COMPETENCIA Y COMUNICACIÓN VERBAL

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesto
Pregunta 2 El MF pregunto en forma suficiente	93 (46.5%)	76 (38%)	24 (12%)	6 (3%)	0 (0%)	1 (0.5%)
Pregunta 4 Considera a su MF competente y hábil	103 (51.5%)	83 (41.5%)	9 (4.5%)	3 (1.5%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)
Pregunta 5 Su MF le inspira confianza	108 (54%)	73 (36.5%)	11 (5.5%)	6 (3%)	2 (1%)	0 (0%)
Pregunta 6 Considera la comunicación de su MF directa y entendible	100 (50%)	80 (40%)	16 (8%)	3 (1.5%)	1 (0.5%)	0 (0%)
Pregunta 10 Tiempo de consulta suficiente para adecuada comunicación	79 (39.5%)	97 (48.5%)	12 (6%)	10 (5%)	2 (1%)	0 (0%)
Pregunta 12 Escucho el MF con atención sus explicaciones	117 (58.5%)	64 (32%)	13 (6.5%)	6 (3%)	0 (0%)	0 (0%)
Pregunta 14 Entendió Ud. La explicación que le dio su MF acerca de su enfermedad y tratamiento.	96 (48%)	82 (41%)	12 (6%)	5 (2.5%)	1 (0.5%)	2 (1%)
Pregunta 15 Le permitió su MF hacerle preguntas	97 (48.5%)	86 (43%)	9 (4.5)	5 (2.5%)	1 (0.5%)	2 (1%)
Pregunta 16 Fue claro el MF al contestarle sus preguntas	91 (45.5%)	87 (43.5%)	15 (7.5%)	3 (1.5%)	1 (0.5%)	3 (1.5%)

Muestra = 200 derechohabientes encuestados

Tabla 3

TABLA QUE EVALUA COMUNICACIÓN NO VERBAL

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesto
Pregunta 3 Actitud adecuada al explorar	95 (47.5%)	83 (41.5%)	12 (6%)	8 (4%)	0 (0%)	2 (1%)
Pregunta 8 El MF utilizó comunicación no verbal	23 (11.5%)	43 (21.5%)	31 (15.5%)	39 (19.5%)	58 (29%)	6 (3%)
Pregunta 13 La distancia entre el MF y UD. es apropiada	105 (52.5%)	73 (36.5%)	10 (5%)	8 (4%)	4 (2%)	1 (0.5%)
Pregunta 19 Le miró a los ojos el mayor tiempo de la consulta	53 (26.5%)	77 (38.5%)	36 (18%)	13 (6.5%)	9 (4.5%)	12 (6%)

Muestra = 200 derechohabientes encuestados



Grafica 2:

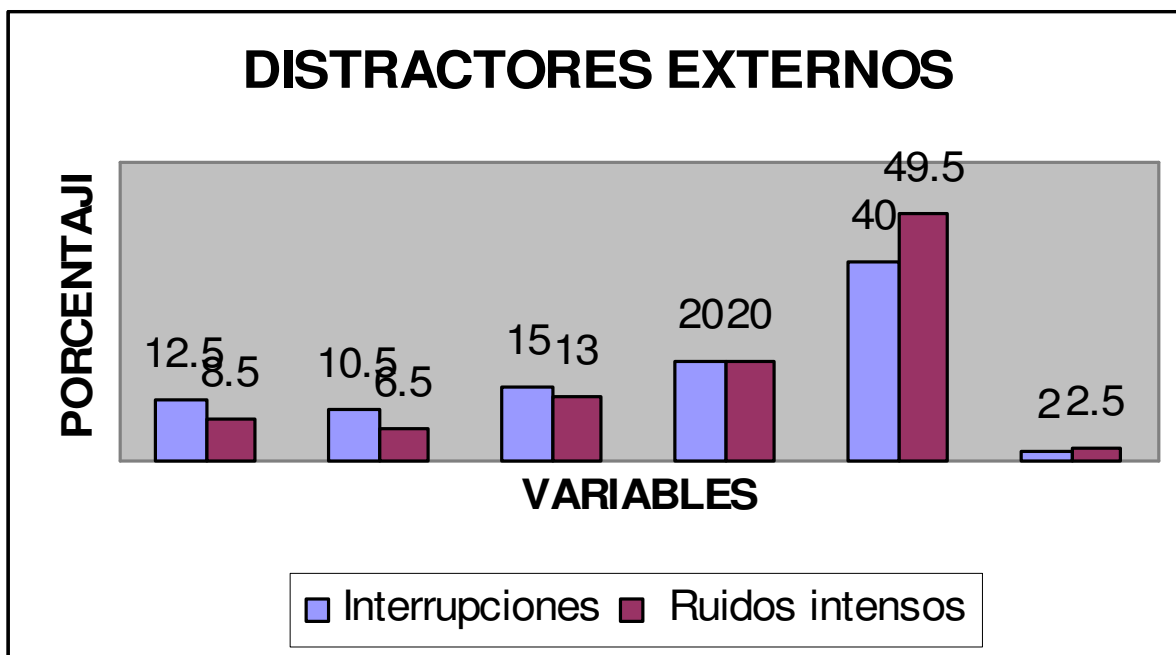
Muestra = 200 derechohabientes encuestados. Barras de adelante hacia atrás muestran actitud adecuada al explorar, utilizó comunicación no verbal, considera la distancia, lo miro a los ojos

Tabla 4

TABLA QUE EVALUA INTERRUPCIONES

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesto
Pregunta 9 Existió interrupción durante la consulta	25 (12.5%)	21 (10.5%)	30 (15%)	40 (20%)	80 (40%)	4 (2%)
Pregunta 11 Ruidos intensos que no permiten la comunicación adecuada	17 (8.5%)	13 (6.5%)	26 (13%)	40 (20%)	99 (49.5%)	5 (2.5%)

Muestra = 200 derechohabientes encuestados



Gráfica 3

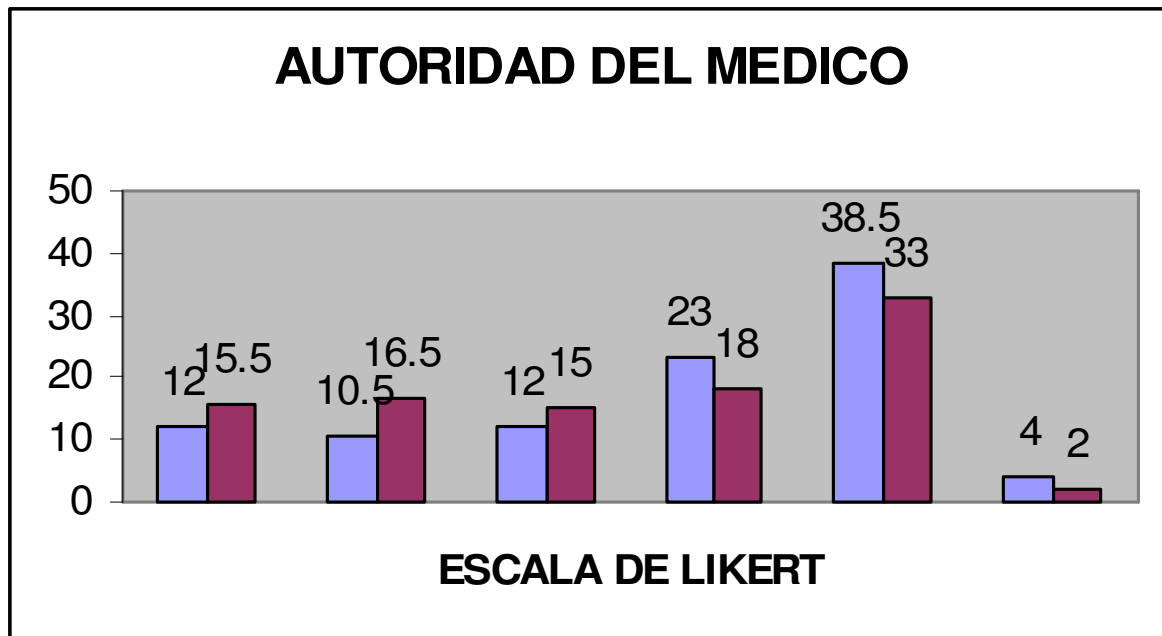
Muestra = 200 derechohabientes encuestados.

Tabla 5

TABLA QUE EVALUA AUTORIDAD DEL MEDICO

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No contesto
Pregunta 7 El MF le otorga otro medicamento que Ud le sugiere (Médico maternalista)	24 (12%)	21 (10.5%)	24 (12%)	46 (23%)	77 (38.5%)	8 (4%)
Pregunta 17 Considera autoritario a su MF	31 (15.5%)	33 (16.5%)	30 (15%)	36 (18%)	66 (33%)	4 (2%)

Muestra = 200 derechohabientes encuestados



Grafica 4:

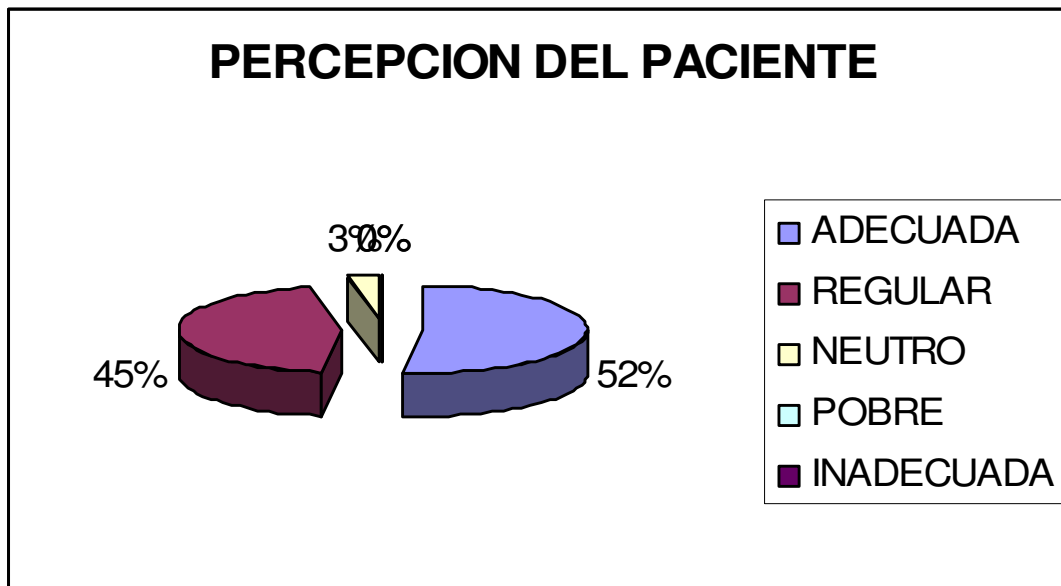
Muestra = 200 derechohabientes encuestados
 Barra clara: Médico maternalista. Barra oscura Médico autoritario

Tabla 6

TABLA QUE EVALUA LA RELACION MEDICO PACIENTE

PERCEPCION DEL PACIENTE	TOTAL	PORCENTAJE
ADECUADA	104	52%
REGULAR	90	45%
NEUTRO	6	3%
POBRE	0	0%
INADECUADA	0	0%

Muestra = 200 derechohabientes encuestados



Grafica 5

Muestra = 200 derechohabientes encuestados

IX. DISCUSION. ANALISIS DE RESULTADOS

En la pregunta donde se que investiga si el paciente considera la comunicación en la atención apropiada y aceptable por parte de su MF, un poco mas del 50% contesta afirmativamente, sin embargo como en otros estudios, la subjetividad de esta respuesta puede haber estado condicionada por la personalidad del binomio (Médico-Paciente) como refiere el Dr. Berwick D. en su estudio “Caja de Resonancia”. El mejoramiento continuo como ideal, en la atención de salud que fue realizado en Hospitales para América Latina, durante el 2002 donde encontró un resultado similar al nuestro. (8)

Con respecto a si el paciente considera tiempo suficiente de consulta, médico competente y hábil en la comunicación, le inspira confianza y considera su comunicación directa y entendible, de forma suficiente, escucho con atención sus explicaciones, le permitió hacer preguntas, al contestarlas fueron claras y si entendió la explicación. Todas estas variables obtuvieron un porcentaje mayor al 50% totalmente de acuerdo y de acuerdo el 40%. Otros estudios como el del Dr. Rencores G. Auditoria médica: demandas y responsabilidades por negligencia médica, publicado en la Revista Chilena del 2003 coincidiendo en que hay correspondencia directa entre la comunicación defectuosa del médico y las demandas por mala práctica. (7)

Las respuestas de comunicación no verbal como: actitud al explorar fueron 89% adecuadas sin embargo, la distancia entre Ud. y su medico es la adecuada y si lo miro directamente a los ojos el mayor tiempo de la consulta los porcentajes bajan drásticamente a 11.5% y 26.5 % respectivamente. La comunicación verbal se da en 60%, y la comunicación no verbal se da en un 40% durante la entrevista médico-paciente así nos lo hace saber el Dr. Barroto-Cruz A. en su estudio de “La Comunicación Humana y la Calidad de la Atención Médica” desde una perspectiva Cubana. La Habana. 1998, quien recomienda iniciar la entrevista con

empatía. Basta de inicio una mirada de afecto y algún contacto físico como estrechar la mano al saludar y algunas palabras amigables ⁽⁹⁾

Las preguntas que investigan el área contextual de la relación Médico Paciente incluyen la búsqueda de interrupciones en el área de las amenidades del proceso de la atención médica. Al preguntar si existió interrupción personal o por ruidos durante la consulta que efectúen las veces de barrera en la comunicación son el 60% de la población considera que si existen este tipo de distractores. El poner atención en el contexto de la entrevista por parte de las autoridades, modulando el marco ambiental (aislamiento, ruidos, iluminación, comodidad etc.) es una necesidad, porque ellos pueden volverse una barrera muy importante para que se lleve a cabo el proceso como lo comenta el Dr. Donabedian citado en el estudio "Relación médico-paciente. Un modelo de comunicación humana", en la Revista del IMSS en 1999. ⁽¹⁴⁾

Finalmente si el paciente considera arbitrario a su MF está influida por el carácter del médico pudiendo intervenir su tono de voz, comentarios agresivos hacia el paciente, modulaciones de la voz y actitudes no verbales como el alejarse lo mas posible de él o esquivar la mirada, se observó que el 51% de los pacientes no lo considera autoritario y un 32% si. La pérdida del respeto puede significar para el médico una pérdida de autoridad en el terreno estrictamente profesional por lo que su actitud se describe también como un problema para la adecuada comunicación en la relación medico paciente. . ⁽²³⁾

X CONCLUSIONES

En el presente estudio, de acuerdo a los resultados obtenidos mediante las encuestas, para sondear la percepción de los usuarios en la comunicación de la relación médico paciente en ambos turnos de la U. M. F. 41 del IMSS, han sido favorables. Pues en general la percepción de la comunicación en la relación médico paciente es **adecuada**. Debemos los médicos familiares tomar muy en cuenta lo anterior, tratar de mejorar la empatía con el paciente, de ser más resolutivo, de prestarnos más al **diálogo**, mejorando así de manera importante el aspecto de la **comunicación**, que es de vital importancia para una mejor atención de los pacientes que acuden a la unidad para su atención médica, esto nos hará sentirnos mejores como seres humanos, como profesionistas; además de que el paciente se sentirá respetado, se sentirá mejor en todos los aspectos, redundando en un mejor control o recuperación de su o sus padecimientos.

Es importante hacer mención de la gran necesidad que tiene el médico por seguir actualizándose, por tratar de estar al día, con las nuevas terapias, las novedades en el área médica, pero no debemos perder de vista que la clínica y dentro de ella la anamnesis está basada en la comunicación, complemento indispensable de toda historia clínica, así una buena comunicación en la relación médico paciente, dará como resultado mejores logros y por que no decirlo así, lograremos:

“Elevar la calidad de la atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social”.

La información extraverbal del paciente es más importante que la palabra; el médico debe estar atento a sus gestos, inflexiones de la voz, expresión facial, postura.

XI PROPUESTAS.

Mejorar sobre todo en los rubros en cuanto a la interrupción de la consulta, la distancia entre medico-paciente, contacto visual, y mejorar en el tono de voz.

Para lo anterior se debe de proponer a las autoridades las medidas para que, durante la consulta se respete más la privacidad del paciente, pues llega a suceder que a veces en múltiples ocasiones la consulta es interrumpida por personal de la misma unidad, algunos otros pacientes que entran sin autorización previa.

Se debe de mejorar en el aspecto en cuanto a distancia, ya que en ocasiones no es la apropiada, lo que al paciente le hace sentir cierto rechazo por parte del médico, esto desde luego que crea barreras para una adecuada comunicación en la relación medico-paciente.

Proponer que el medico tenga mayor contacto visual con los pacientes; pues, esto desgraciadamente, se ha deteriorado aún más con la entrada de la tecnología moderna (uso de las computadoras), los médicos estamos más pendiente de lo que escribimos, que de lo que los pacientes nos exponen durante el interrogatorio.

Asimismo se debe mejorar en cuanto la tono de voz que en ocasiones usamos para comunicarnos con el paciente, el cual en ocasiones pareciera un tono agresivo para el paciente, por lo que es importante modular la voz, sin que el paciente se sienta lastimado.

Por ultimo propongo, que seria importante, se tengan en las unidades de todos los niveles de atención, talleres sobre relaciones humanas, lo que conllevaría a una mejor comunicación con los pacientes, elevando así aun más la atención a los derechohabientes.

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Wilbur Schramm, La Ciencia de La Comunicación Humana, Edición 1982, p. 122-126.
- 2.- Denis McQuail. Introducción a la teoría de la comunicación de masas, 2ª Edición 1997; Editorial Paidós, p 57-60.
- 3.- David K. Berlo, El proceso de comunicación. Editorial El Ateneo, Edición 1985, Pág. 1-31
- 4.- Torio DJ, García TMC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (1): opinión y preferencia de los usuarios Aten. Primaria 1997; 19 (1): 44-60.
- 5.- Gaceta de la Facultad de Medicina, "Teoría de la comunicación" 19/08/06, p 14-15
- 6.- Rencores G. Auditoria médica: demandas y responsabilidades por negligencia médica. Rev. Chil. Radio/ 2003; 9 (3): 157-160.
- 7.- Berwick DM, Caja de Resonancia. El mejoramiento continuo como ideal, en la atención de salud En: Paganini JM Novaes, HM. La garantía de calidad acreditación a Hospitales para América Latina, Hospital Funtión. Editorial Paltex, OPS 1992.
- 8.-Barroto Cruz Aneiras. La Comunicación Humana y la Calidad de la Atención Médica En: Acosta Sariego JR. Bioética desde una perspectiva Cubana. La Habana. Centro Félix Varela. 1998, Pág. 112-123.
- 9.- Comunicación en cuidado paliativos; Rev. Clínica Dolor y Terapia, Vol. IV; No. 1, 2005, p 9-10.
- 10.- Dr. José Luis Huerta González, PAC MF-1, Estudio de la Salud Familiar, Colegio Mexicano de Medicina Familiar, 1ª. Edición 1999, p 21-24.
- 11.- Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole S.A. McWhinney IR, Smilkstein G. Perspectivas on paciente-doctor communication. J Fam Pract 1993, 37; 377-387.

- 12.- Hendren RL. Communication and inyteviewing. In: Wienwer, Medicina, 10 marzo de 2006.la comunicación, la psicología y la clínica son parte fundamental en la relación médico paciente. P 14-15.JM. Behavioral Science. Pennsylvania John Wiley and sons, Inc. Horwal Publishing Company, 1987: 197-209.
- 13.- Donabedian A. Relación médico-paciente en un modelo de comunicación humana, Rev. Med. IMSS, 1999; 37(3): 213-220.
- 14.- Jinich H. Consulta médica o entrevista clínica, En: El médico y su paciente, Distrito Federal, México, UNAM/JGH; 1997, P 19-26.
- 15.- Castañeda S. Procesos Cognitivos y educación módica. Distrito Federal, México; UNAM; 1994, pp. 10-15.
- 16.- Viniegra VL. La práctica de la medicina. En: cómo acercarse a la medicina. Distrito Federal, México, Limusa; 1991, pp. 17-87.
- 17.- Foucault M. Hablar. Crítica y comentario. En: Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas. México, DF. Siglo XXI; 1996, Pág. 83-86.
- 18.- Bustamante J. Psicología Médica, La Habana. Editorial Ciencia y Técnica 1987, Pág.91
- 19.- Fones C. Heack K. Lee G What makesa; a good doctor: Defining the ideal end-product of medical education. Academic Medicine 1998; 5 (73): 571-572.
- 20.- La relación médico-paciente. Un enfoque comunicacional, Rev. Med. IMSS (Méx.) 1994, 32: 179-182.
- 21.- Véjar L.C. La bondad como arma terapéutica. Gac. Med. De Méx. 1987: 23: 33-34.
- 22.- Gracia Guillen D. Ética, Salud y Servicios Sanitarios. En: Ética y Salud España. Editorial Maria del Mar García, Edición 1988, Págs. 11-24.
- 23.- Gracia Guillen D. Ética, Salud y Servicios Sanitarios. En: Ética y Salud España. Editorial Maria del Mar García, Edición 1988, Págs. 11-24..
- 24.- Núñez de Villavicencio F. Bioética. El médico un educador: En Acosta Sariego JR. Bioética “desde una perspectiva Cubana”. La Habana. Centro Félix Varela 1998, Pág. 128-132.

25.-Introducción a la medicina integral. Selección de temas. Literatura básica. Editorial Ciencia Médicas. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 1999.

26.- Ramos DBN: El control de calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p 22-39.

27.- Diccionario Enciclopédico Quillet. Editorial Cumbre S.A. Edición 1985 Tomo IV, página 3.

XIII ANEXOS.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Seguridad y Solidaridad Social

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente autorizo Participar en el proyecto de investigación titulado

PERCEPCIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACION MEDICO PACIENTE POR LOS USUARIOS DE LA U. M. F. 41 EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número **3404** El objetivo del estudio es

Determinar la percepción que tienen los usuarios de la comunicación en la relación médico paciente en la UMF 41 del IMSS

Se me ha explicado que mi participación consistirá en **contestar el cuestionario**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

Ninguno

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se comprometerá a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

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 principal 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 tenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. Raúl Serrano y Cerda

Nombre, firma, matrícula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio **53 92 46 34** _____

Testigos _____

INSTRUMENTO DE MEDICION:

Folio: _____

PERCEPCION DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACION MEDICO PACIENTE POR USUARIOS DEL PRIMER NIVEL

Conteste por favor en forma anónima las siguientes preguntas, solo tache una respuesta por pregunta y por favor no olvide contestar el cuestionario completo.

El médico que le otorgó la atención médica realizó lo siguiente:

- 1.- ¿El modo de atención que le realizó el médico es el más apropiado para usted?
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo.
- 2.- ¿Cree usted que las preguntas del médico fueron las suficientes de acuerdo a su enfermedad.
. a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo.
- 3.- ¿Considera que la actitud del médico con respecto a la exploración fue la adecuada?
. a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo.
- 4.- ¿Considera que el responsable de su atención médica es competente y profesional?
. a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo.
- 5.- ¿La atención del médico hacia usted le dio confianza y seguridad?
. a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo.
- 6.- ¿El tipo de comunicación fue directa y entendible para usted?
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo
- 7.- El medico le dio algún otro medicamento que usted le pidiera, sin que lo estuviera tomando?
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo
- 8.- ¿Hubo algún otro tipo de comunicación que no fuera con palabras?
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo
- 9.- ¿Existió alguna interrupción durante la consulta
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo
- 10.- ¿Cree usted que el tiempo de consulta fue el suficiente para una adecuada comunicación?
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo
- 11.- ¿Hubo ruidos intensos que no permitieran una adecuada comunicación?
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo
- 12.- ¿ Escucho su médico con atención lo que usted le explicó
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo
- 13.- ¿ La distancia entre el medico y la silla donde usted se sentó es la apropiada?
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo
- 14.- ¿ La explicación acerca de su enfermedad y tratamiento fue entendible por usted.
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo

PERCEPCION DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACION MEDICO PACIENTE POR LOS USUARIOS DE LA UMF 41 DEL IMSS

- 15.- ¿Permitió el médico que usted le hiciera preguntas?
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo
- 16.- ¿Si el médico le contestó sus preguntas, las respuestas fueron claras?
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo
- 17.- ¿Cree que su médico fue muy autoritario al indicar su tratamiento y medidas a seguir?
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo
- 18.- ¿Considera usted que la comunicación y relación que existió entre ambos fue aceptable?
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo
- 19.-¿ Le miro a los ojos el mayor tiempo de la consulta ?
a) totalmente de acuerdo b) de acuerdo c) neutro d) en desacuerdo e) totalmente en desacuerdo

Gracias por su atención

XIV. RESUMEN

Percepción de la Relación Médico Paciente por los usuarios de la U. M. F. 41 en el Instituto Mexicano del Seguro Social

La relación médico paciente cobra un interés importante en la atención médica, pues de ello depende una obtención de datos necesarios importantes, para lograr integrar un diagnóstico lo más acertado posible y como consecuencia un tratamiento adecuado, así mismo es importante mencionar que una buena relación médico paciente es terapéutico, lo que conlleva a que los pacientes disminuyan en algún grado el consumo de fármaco; por el contrario sin existe una maña relación médico paciente, existe una mayor posibilidad de conflictos lo que termina en ocasiones en demandas para el médico incluso para el mismo Instituto, por tal razón se realizará este estudio titulado : Percepción de la Relación Médico Paciente por los usuarios de la U. M. F. 41 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. **OBJETIVO:** Determinar la Percepción de la Relación Médico Paciente por los usuarios de la U. M. F. 41 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. **MATERIAL Y METODOS:** Se realizará un estudio descriptivo, transversal y observacional, en pacientes encuestados durante quince días, en ambos turnos de la UMF 41 del IMSS, con criterios de inclusión, exclusión y eliminación previamente establecidos. **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.** Pacientes adscritos a la U. M. F. No. 41, ambos turnos, con más de 18 años de edad, con cualquier patología que no les impida llenar el cuestionario. **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.** Síndrome orgánico cerebral (sin cuidador), retraso mental (sin cuidador), patologías que impidan el proceso de comunicación en el paciente. **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.** Que no llenen el cuestionario por lo menos al 80%, que desee retirar del estudio. **TAMAÑO DE LA MUESTRA.** Tomada en el periodo comprendido del 11 al 29 de diciembre de 2006. **TIPO DE MUESTREO** será por conveniencia. **INSTRUMENTOS:** se utilizará un cuestionario ex profeso con escala tipo Likert.

Palabras claves: RELACION, MEDICO PACIENTE