

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 IMSS

Curso de Especialidad de Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS

Nombre del proyecto

“Construcción de un instrumento para valorar el ambiente en la consulta de una unidad de medicina familiar a través de la percepción del derechohabiente”

TRABAJO DE INVESTIGACION FINAL
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

ALUMNO:

Dr. Mariano Espinosa Morales

Asesor:

Dr. Antonio Morales Gómez

Febrero del 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.

**EL AMBIENTE EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR COMO
UN INDICADOR DE LA RELACION MEDICO PACIENTE.**

Presenta:

DR. MARIANO ESPINOSA MORALES



DRA. ALICIA GARCIA GONZALEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
SEDE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21 DEL IMSS



DR. ANTONIO MORALES GOMEZ
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
JEFE DEL AREA DE INVESTIGACION EDUCATIVA Y
PROMOCION ACADEMICA CMN SXXI IMSS



DR. JOSE ANTONIO MATA MARTINEZ
DIRECTOR DE LA UMF 21 IMSS



Febrero del 2008

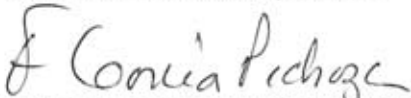
**"CONSTRUCCION DE UN INSTRUMENTO PARA VALORAR EL AMBIENTE EN
LA CONSULTA DE UNA DE MEDICINA FAMILIAR A TRAVEZ DE LA
PERCEPCIÓN DEL DERECHOHABIENTE.**


PRESENTA

MARIANO ESPINOSA MORALES

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**


**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**


**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

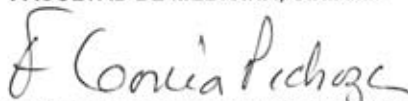
**"CONSTRUCCION DE UN INSTRUMENTO PARA VALORAR EL AMBIENTE EN
LA CONSULTA DE UNA DE MEDICINA FAMILIAR A TRAVEZ DE LA
PERCEPCIÓN DEL DERECHOHABIENTE.**

PRESENTA


MARIANO ESPINOSA MORALES

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

INDICE

	Página
1. Introducción	6
2. Antecedentes y marco teórico	7
3. Planteamiento del problema	11
4.- Pregunta de investigación	12
5. Objetivo general	12
5.1 Objetivo específico	12
6.- Hipótesis	12
6.1 Fundamento teórico	
6.2 Fundamento empírico	12
7. Metodología	13
7.1 Cronograma de actividades	13
7.2 Diseño	14
7.2 Población	14
7.3 Tipo de muestreo	14
8.- Criterios de selección	14
8.1 Inclusión	14
8.2 Exclusión	14
8.3 Eliminación	14
9. Variables de estudio	14
9.1 Definición conceptual	14
9.2 Definición operacional	14
10. Instrumento de evaluación	14
10.1 Construcción, Validez y confiabilidad	14
10.2 Valor de las opciones de respuesta	15
10.3 Estrategias para su aplicación	16
11. Análisis de estadístico	16
12. aspectos éticos	16
13. Indicadores o variables del instrumento	16
13.1 Papel del médico	16

13.2 Papel del paciente	16
13.3 Papel del entorno laboral	16
14. Categorización del los ambientes	17
15.- Validación del instrumento de evaluación	17
16.- Estrategias para su aplicación	17
17.- Resultados	18
18.- Discusión	25
19.- Bibliografía	27
20.- Anexos	29

1. INTRODUCCION

El tipo de práctica clínica que se realiza cotidianamente en las unidades del primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se encuentra estrechamente vinculado con el modelo nosológico dominante, que se centra en la idea de que las acciones del personal de salud deben encaminarse a la resolución de los problemas de salud, desestimando los aspectos preventivos de las enfermedades. Su expresión más profunda se tiene en la forma en como los médicos ejercen su labor asistencial y la manera en que el paciente se desarrolla en las diferentes condiciones de la misma. Bajo este modelo de atención médica tradicional, la cantidad de las acciones es equiparable a la calidad de las mismas, resaltando en el acto médico el trabajo del profesional de la salud y minimizando el papel del paciente a la dependencia irreflexiva de las decisiones que son tomadas en torno a su salud por el equipo médico responsable.

Otra manera de mirar las cosas es bajo una perspectiva participativa para la atención médica, donde el paciente tenga autonomía y responsabilidad para decidir junto con su médico, las acciones requeridas para su atención médica. Estas dos formas diferentes de enfocar al acto médico tienen implicaciones en la práctica clínica y se manifiesta en las diferentes formas para el ejercicio de la medicina en las Unidades del primer nivel de atención del IMSS. Con respecto al primer enfoque, la labor del médico está dirigida principalmente a propiciar escenarios en los consultorios de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) donde la transmisión de las decisiones clínicas pueda darse sin mayores dificultades hacia los pacientes, fomentando en esta pasividad y esta dependencia con respecto al médico, asumiendo sin cuestionar sus indicaciones. En el caso de la perspectiva participativa, la labor del médico cobra relevancia, pero no en un sentido protagónico sino más bien para propiciar ambientes clínicos con las condiciones y circunstancias necesarias para que el acto médico sea fructífero, propiciando en los pacientes una participación más activa en la resolución de sus problemas de salud. Así las cosas, los ambientes en la atención médica se constituyen como el contexto en el cual se desarrollan las actividades clínicas y donde las relaciones interpersonales que surgen entre el médico y los pacientes, son matizadas por la concurrencia de diferentes factores, que en mayor o menor medida, facilitan u obstaculizan la relación médico paciente y por consecuencia, el éxito o fracaso de las acciones tomadas para la recuperación de su salud.

En la conformación de los ambientes adecuados para una práctica clínica adecuada, cualitativamente diferente y de mayor alcance, intervienen fundamentalmente factores humanos (relaciones interpersonales y acciones específicas del médico y los pacientes), físicos (condiciones generales de los sitios donde se realiza la práctica clínica) y, sociales (entorno familiar y laboral). El resultado final es la emergencia de ambientes que pueden ser propicios o no para una adecuada relación entre el médico y el paciente. Para indagar acerca de si los ambientes que prevalecen en los consultorios de las UMF son propicios o no para una adecuada relación médico-paciente, de acuerdo con el punto de vista que tienen los usuarios

de estos servicios, se realiza la presente investigación clínica. Aunque el estudio de estos ambientes puede ser extenso y complejo, para la presente investigación únicamente se considerarán algunos aspectos relacionados con el médico y el paciente durante el proceso de la atención médica en la Unidad de Medicina Familiar No 21 del IMSS.

2. ANTECEDENTES Y ENFOQUE TEORICO

Al hablar sobre la relación médico- paciente, resulta inevitable mencionar varios procesos cuya concurrencia e interacción determina sus características principales; vista como un fenómeno social de gran complejidad¹, su entendimiento conlleva al estudio de diversas disciplinas que difuminando sus fronteras, ofrecen una explicación más o menos integradora acerca de su papel en la consulta de las UMF del IMSS. Los procesos de la atención médica se inician básicamente en el núcleo familiar, se continúan en el ámbito social y se formalizan en las unidades médicas del primer nivel de atención. Este fenómeno ha sido objeto de constantes cuestionamientos y controversias acerca de su verdadera trascendencia en el acto médico, mostrándose como un espacio abierto, flexible e incluyente de sus participantes, destacando el papel del médico y los pacientes, independientemente de sus características personales, intereses, creencias, necesidades y motivaciones. En el discurso oficial, el proceso de la atención médica es una instancia autónoma dotada de una racionalidad fundada en los conocimientos del médico y el papel del paciente como detonador del mismo, desplegando sus potencialidades y realizaciones personales para alcanzar un papel protagónico en la recuperación de su salud. Sin embargo, al profundizar en el estudio de este proceso, y conocer el papel pasivo que desempeñan los pacientes en comparación con el papel protagónico que ejerce el médico, vemos una fuerte influencia ideológica, política y económica que es determinante y donde la supuesta autonomía del paciente esta lejos de la realidad, favoreciendo la perpetuación de un orden desigual en la relación médico-paciente, resaltando el papel del médico y desestimando el punto de vista de los pacientes.²

Todos los organismos se encuentran permanentemente bajo la influencia de diferentes factores relacionados con el entorno que los rodea y en consecuencia elaboran y emiten respuestas encaminadas a su adaptación al mismo; dicho entorno está dado por la naturaleza misma de la vida y la diversidad de factores que la constituyen. Así el *ambiente* se puede considerar como la serie de condiciones y circunstancias internas y externas que afectan la vida y desarrollo de los individuos³, situación que extrapolada al ámbito clínico, da lugar a la contextualización de los ambientes que prevalecen en la consulta de medicina familiar. El interés por estudiar este ámbito clínico es porque en él, tiene lugar una compleja red de procesos, entre los que destaca la interacción del médico con los pacientes y el contexto que los rodea; y cuyos efectos se manifiestan en una serie de eventos ocurridos en el consultorio y fuera de él durante el acto médico.

Ahora bien, considerando al consultorio un espacio físico comúnmente no muy amplio, poco iluminado e incómodo, donde por un tiempo determinado interactúan el médico y los pacientes un propósito determinado, se podrían hacer dos planteamientos: aunque las condiciones físicas del consultorio y de otros espacios donde se llevan a cabo los procesos clínicos en las UMF son determinantes para el logro de los propósitos planteados, existen otros factores muy importantes que resultan de la interacción entre el médico y los pacientes, que también influyen

decisivamente en la labor clínica, lo que determina que una de las principales funciones del personal de salud sea la de propiciar las condiciones necesarias para la atención médica de sus pacientes, promoviendo el desarrollo de aptitudes que les permitan ser parte protagónica en la recuperación de su salud.⁴

El otro planteamiento sería que el ambiente en cada una de las consultas médicas es diferente como diferentes son las personas y los grupos de trabajo; sin embargo, y a pesar de estas diferencias, bajo la influencia del modelo nosológico tradicional, la comunicación entre el médico y sus pacientes es habitualmente unidireccional, desestimando las opiniones y puntos de vistas de los derechohabientes.

El estudio de estos ambientes puede ser bajo el enfoque de una visión simplista, dando relevancia a las características físicas idóneas del consultorio y de otros espacios donde normalmente se desarrollan las actividades clínicas, así como del tipo de labor médica que se realice; o bien, bajo el enfoque de una visión más amplia donde el ambiente es visto como algo más que la concurrencia de un área física determinada y el protagonismo del personal de salud, sino mas bien como una atmósfera propicia para el desarrollo adecuado de las actividades clínicas donde los pacientes puedan plantear todas sus potencialidades individuales.

Bajo la mirada de estas dos perspectivas, se formulan los siguientes cuestionamientos: ¿qué son los ambientes clínicos?, ¿cómo los debemos dimensionar?, ¿cómo se promueven y desarrollan? y, ¿cuál es su influencia en la relación médico-paciente?

El estudio de los ambientes puede ser a través de la óptica de diferentes disciplinas, como la pedagogía, la psicología y la sociología. En el primer caso, el tipo de relaciones interpersonales que se establecen entre los médicos y los pacientes son determinantes para el tipo de ambiente que se propicia entre ellos. Brekelmans⁵ desarrolló una clasificación de los ambientes educativos que bien puede servir como referente empírico para tratar de explicar los acontecimientos entre el médico y los pacientes dentro de un consultorio de medicina familiar. Este autor describe su clasificación a partir de la percepción que los alumnos tienen acerca de la labor de sus profesores. El *ambiente directivo* se orienta al estricto control por parte del profesor de todo lo que ocurre en el aula y la realización de las tareas, minimizando la importancia de las relaciones interpersonales y exigiendo a sus alumnos altos niveles de rendimiento académico. En el *ambiente autoritario* también se prioriza la realización de las tareas, la atmósfera que se respira generalmente es agradable, existen normas y procedimientos establecidos por el profesor quien se encarga de recordarlos continuamente, el método principal para la enseñanza es la exposición y los alumnos consideran a sus profesores como "buenos docentes". En el *ambiente tolerante* el profesor se caracteriza por su simpatía, generando ambientes de trabajo armónicos, por lo cual los alumnos asisten con regularidad y agrado a las clases. Pueden participar aparentemente en los procedimientos educativos y en los contenidos de sus lecciones, se responsabilizan del trabajo a su propio ritmo, adaptándose continuamente a sus intereses y necesidades cambiantes de aprendizaje.

Finalmente, en el *ambiente represivo*, la base fundamental es el sometimiento de los alumnos por parte del profesor, lo que no garantiza necesariamente su participación en las actividades de la clase. Acatan con temor las instrucciones del profesor, quien siempre tiene la razón; el más mínimo error o mala conducta desencadena en él una actitud de sarcasmo, el ambiente es

tenso y desagradable, se fomenta la competencia entre los alumnos, es reprimida cualquier iniciativa de ellos; mientras el profesor explica, los alumnos permanecen inmóviles y callados.⁶

Desde mi punto de vista éstos aspectos pedagógicos pueden ser equiparables en algunas formas del quehacer clínico, donde el médico asume el papel protagónico y se constituye como una autoridad incuestionable, asignando a los pacientes un papel secundario, desestimando sus vivencias personales, considerando a todos en igualdad de circunstancias con respecto a sus intereses, creencias, y motivaciones, sofocando rápidamente cualquier intento de controversia o discrepancia con las indicaciones médicas y donde la atención médica es vista como un instrumento de control y sometimiento por parte del personal de salud hacia los derechohabientes quienes asumen un papel de pasividad con respecto a las decisiones médicas. En éste modelo de Brequelmans, el ejercicio del poder está en manos del profesor, como una herramienta de censura y control,⁷ situaciones que también pueden ser extrapolada al ámbito del consultorio de medicina familiar, equiparando el papel del médico con el del profesor.

Para la psicología, los ambientes resultan de la dinámica individual que establecen las personas con la realidad concreta; y de la motivación como algo personal que es la base de las relaciones interpersonales para el intercambio afectivo e intelectual; así mismo, considera a la dinámica de grupos como una expresión peculiar para la adaptación social, considerando al individuo como un ser dotado de potencialidades naturales, innatas y exclusivas de él, que se constituyen como un núcleo central a partir del cual se desarrolla y determina su personalidad.⁸

La psicología ambiental explica la comprensión de los procesos psicosociales derivados de las relaciones, interacciones y transacciones entre las personas, grupos sociales o comunidades y sus entornos sociofísicos. Esta forma convergente de mirar a los ambientes, explica lo que el individuo ha llegado a ser con sus limitaciones y carencias, sus alcances y aptitudes, a partir del desarrollo de sus cualidades intrínsecas dejando fuera de su ámbito de análisis y observación sus tradiciones, hábitos y corrientes de pensamiento que forman parte inseparable de su entorno (enfoque individualista). Esta visión armoniza con la idea de productividad y eficiencia, que tiene que ver más con las ganancias y la competitividad que con la calidad en el ámbito laboral. Si bien es cierto que estas relaciones psicológicas son importantes, no son una explicación suficientemente amplia sobre el desarrollo de los ambientes, independientemente de si se propicia la autonomía o la dependencia del paciente con respecto al personal de salud.

Desde el punto de vista de la sociología, la interacción que se establece entre las personas está profundamente influenciada por las características del conjunto de relaciones sociales y culturales que constituyen su entorno, dando lugar a diferentes ambientes que facilitan o dificultan según el caso ciertas formas de relaciones interpersonales. Las personas son agentes sociales más que individuos autónomos y tienen necesidades que satisfacer o llevar a término objetivos personales; buscan y crean significados en su entorno al relacionarse con él, mismos que no son construidos al momento sino que vienen modulados por la cultura y la estructura social dentro de la cual la persona se desarrolla normalmente.⁹ Por lo anterior, es necesario considerar al entorno como un producto sociocultural con énfasis en las relaciones sociales y en el individuo

visto como un ser inmerso en su contexto sociocultural específico. Esta explicación que ofrece la sociología también es limitada con respecto al desarrollo de los ambientes en la práctica clínica, ya que desestima el papel fundamental que desempeña el médico en relación con los pacientes.

Una visión más abarcadora la ofrece una perspectiva teórica basada en la participación, donde el individuo a partir de la reflexión de su experiencia, participa en las decisiones del médico. Este enfoque enfatiza el origen extrínseco de las formas de ser y de hacer del individuo donde el entorno en que normalmente se desenvuelve, moldea y determina su comportamiento.¹⁰ Define al *ambiente* como el conjunto de circunstancias y situaciones, algunas contingentes y otras relativamente estables, que configuran las condiciones para la realización de diversas actividades, es un espacio de la experiencia, donde acontecen las acciones, los intercambios y las realizaciones en un campo específico, que en nuestro caso es la atención médica en las UMF.¹¹

Jerárquicamente, los ambientes laborales parten de los ámbitos social y político, dando lugar a diferentes tipos de instituciones; cada institución tiene su propio ambiente, según se trate de una pública o privada, y dicho ambiente se caracteriza por ciertos atributos. Las instituciones privadas buscan primordialmente el bienestar de sus integrantes y las instituciones públicas, buscan (cuando menos en el discurso) el bienestar de la comunidad en su conjunto. Por lo tanto, el ambiente que resulta puede ser con mayor o menor rigidez; con relaciones interpersonales que se dan entre cargos y jerarquías y no entre las personas, que son del tipo dominantes, determinando cierto estilo de comportamiento en las personas.

Así las cosas, un ambiente adecuado es aquel que prioriza y fomenta los aspectos cognitivos, entendidos como las condiciones favorables o desfavorables para la reflexión y la crítica sobre la experiencia, que obstaculizan o hacen posible el desarrollo de aptitudes para la participación de los pacientes en el acto médico. Los aspectos organizacionales, jerárquicos y tecnológicos, si bien deben ser tomados en cuenta, se consideran secundarios con respecto a los aspectos cognitivos. Este enfoque ambientalista-cognitivo ofrece un panorama en el que la clave está en las circunstancias que impiden o facilitan la relación médico-paciente. Su poder explicativo es superior al de otros enfoques, ya que considera que diversas disciplinas difuminan sus fronteras con el fin de ofrecer una visión más abarcadora acerca del papel determinante del ambiente en cualquier actividad humana.¹² Aquí, la relación entre las personas es de igualdad, respeto y cordialidad y la diversidad es la fuente principal para enriquecer las experiencias entre las personas; se motiva, encausa y facilita su labor, fomentando su autocritica y fortaleciendo su autoestima, sometiendo a la crítica de los demás sus diferentes puntos de vista, defendiéndolos o declinándolos.¹³ Bajo ésta perspectiva, el ejercicio de la crítica se constituye como la experiencia central de las interacciones humanas; donde el ejercicio de la libertad y la autonomía en ambas partes es fundamental. Esto propicia el interés, la motivación, y la satisfacción de las personas, dando lugar a acciones refinadas con cualidades metódicas expuestas al desafío y la crítica, en permanente superación, de efectividad creciente y versátil ante situaciones cambiantes. Al respecto se han realizado diversas investigaciones^{14, 15,16,17,18} sobre todo en el campo educativo, que muestran que los ambientes que prevalecen en diversos ámbitos clínico-educativos, no son propicios para la reflexión y la crítica.

Finalmente, pensamos que la percepción que tienen los pacientes acerca del ambiente que prevalece en la consulta de medicina familiar es un buen referente para hacer inferencias sobre

la relación médico-paciente, vista bajo un enfoque de dos vertientes mutuamente excluyentes con respecto a la actitud del paciente frente al médico: autonomía y libertad vs. Dependencia y control.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Prácticamente desde su creación, el Instituto Mexicano del Seguro Social ofrece servicios sociales diversos entre los que destaca el proceso de la atención médica a los pacientes. Dividido en tres niveles, este proceso de atención médica se ofrece a través de sus diferentes unidades médicas distribuidas en todo el país, dentro de las cuales destacan por su número muy superior, las Unidades de Medicina Familiar donde reciben consulta de primer contacto el 80% de la población derechohabiente, con un poder resolutivo en más del 75% de los casos atendidos. El excesivo número de pacientes que cotidianamente asisten a estas unidades, determina entre otros factores, el tipo de ambiente que prevalece durante la consulta en medicina familiar, determinando una relación médico-paciente poco propicia para los propósitos de la misma, que es ofrecer a los usuarios un servicio eficaz, expedito y resolutivo que le permita recuperar su salud en el menor tiempo posible, minimizando la posibilidad de complicaciones médicas tardías o bien, evitando el ausentismo del trabajo con las consecuencias socioeconómicas y familiares correspondientes.

Pocas veces, el paciente es tomado en cuenta en la complejidad de este proceso, y son ellos como usuarios directos de los servicios otorgados, un referente valioso e insustituible acerca de la percepción que tienen de los hechos sociales que acontecen durante la consulta con su médico familiar y como esto repercute, favorable o desfavorablemente, en el proceso de su tratamiento y recuperación.

En la UMF No 21 de la delegación Sur del Distrito Federal, de acuerdo con mi punto de vista y experiencia como Médico Familiar, las cosas no son muy distintas a lo anteriormente mencionado, por lo que considero necesario realizar una indagación sobre la percepción que tienen los pacientes adscritos a esta unidad, acerca del ambiente que prevalece durante la consulta con su Médico Familiar, y como esto puede estar determinando un tipo de relación médico-paciente, favoreciendo u obstaculizando, el proceso de la atención médica en el primer nivel de atención.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es el punto de vista que tienen los pacientes, acerca del ambiente que prevalece en la consulta de medicina familiar en la UMF No 21 del IMSS, y cómo repercute esto en la relación médico-paciente?

5. OBJETIVO GENERAL

Indagar la percepción que tienen los pacientes acerca del ambiente que prevalece en la consulta de la UMF N° 21 del IMSS.

5.1 OBJETIVO ESPECIFICO

1. Construir y validar un instrumento para evaluar el ambiente que prevalece en la consulta de medicina familiar a través de la percepción de los derechohabientes.
2. Indagar el punto de vista que tienen los pacientes acerca del ambiente que prevalece en la consulta de la UMF N° 21 del IMSS.
3. Correlacionar el ambiente de la consulta en la UMF No 21 del IMSS, con la relación el tipo de relación médico paciente que prevalece.

HIPOTESIS:

El ambiente que prevalece en la consulta de la UMF No. 21 del IMSS, es poco propicio para el establecimiento de una relación médico-paciente adecuada.

6.1 Fundamento teórico:

A partir de la idea prevaleciente del proceso de la atención médica que se tiene, bajo el modelo nosológico tradicional, se determina un ambiente en la consulta de medicina familiar cuyas características principales son promover la pasividad en los derechohabientes (asimilación irreflexiva de las indicaciones médicas), por lo que resultan poco propicios para el desarrollo de una relación médico-paciente adecuada.

6.2 Fundamento empírico:

Existen publicados pocos trabajos de investigación en los que se ha indagado acerca de los ambientes educativos prevalecientes en la consulta de medicina familiar y su relación con el desarrollo de un determinado tipo de relación médico-paciente.

7. METODOLOGIA:

7.1 Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	Oct/06	Nov/06	Dic/06	Ene/07	Feb/07	Mar/08
Elaboración del instrumento de medición	X	X				
Validación		X				
Prueba piloto		X				
Ajustes al instrumento		X				
Conclusión del instrumento		X				
Aplicación del instrumento			X			
Organización y captura de la información			X	X		
Análisis de la información				X		
Organización de los resultados				X		
Elaboración de informe y manuscrito					X	
Proceso para su Publicación.				X	X	X
Publicación en Revista Médica del IMSS						X

7.2 Diseño

Encuesta transversal.

7.3 Población

Derechohabientes de la UMF No. 21 del IMSS.

7.4 Tipo de muestro

Por conveniencia.

8. CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.1 Inclusión

Derechohabientes de los turnos matutino y vespertino, con una asistencia regular a la consulta de medicina familiar.

8.2 Exclusión

Derechohabientes que se nieguen a participar en el estudio, que asistan irregularmente a la consulta de medicina familiar, o bien, que no sepan leer ni escribir.

8.3 Eliminación

Derechohabientes cuyos instrumentos no hayan sido contestados en el 100 % de los enunciados del instrumento.

9. VARIABLE DE ESTUDIO

Percepción del ambiente en la consulta de medicina familiar.

9.1 Definición conceptual

Ambiente propicio para la relación médico-paciente (APRMP)

Conjunto de circunstancias y situaciones, algunas contingentes y otras relativamente estables, que configuran las condiciones para la realización de diversas actividades, es un espacio de la experiencia, donde acontecen las acciones, los intercambios y las realizaciones en el proceso de la atención médica en medicina familiar, donde la comunicación entre el médico y los pacientes es en un plano horizontal y existe cierta autonomía y determinación por parte del paciente acerca de su padecimiento y resolución respectiva.

Ambiente poco propicio para la relación médico-paciente (APPRMP)

Escenario clínico en el que se fomenta en los pacientes acciones rutinarias, rígidas, dependientes del médico, por lo que le resultan poco gratificantes. Las relaciones del médico con el paciente son autoritarias y rígidas, por lo que la actitud del derechohabiente es de apatía, desinterés, sometimiento y conformismo.

9.2 Definición operacional: (ver los indicadores)

10. INSTRUMENTO DE EVALUACION

10.1 Construcción, validez y confiabilidad

Para desarrollar el instrumento de evaluación, se construyeron 60 enunciados con respecto a las condiciones y características generales hipotéticas bajo las cuales se realiza cotidianamente la consulta de medicina familiar, 30 para indagar un ambiente poco propicio para la relación médico-paciente y 30 que exploran un ambiente propicio. (Anexo N° 1. Esta primera versión del instrumento ha sido puesta a la consideración y crítica de 2 investigadores clínicos y 2 médicos familiares con especialidad, a quienes se les ha solicitado emitir sus puntos de vista con respecto a la pertinencia, redacción y carácter problematizador de los enunciados. Tomando en cuenta los comentarios y sugerencias de los revisores, se reelaborará la versión definitiva del instrumento. Una vez concluido y validado, se procederá a realizar una prueba piloto en 30 derechohabientes adscritos a la UMF No 21 de la Delegación Sur del Distrito Federal. Con los resultados obtenidos se aplicará la Fórmula de Spearman-Brown, modificada por Rulón (1939) para la cual se requiere dividir al instrumento en dos mitades equivalentes y posteriormente calcular la varianza de las diferencias de las puntuaciones en ambas mitades de cada uno de los pacientes encuestados y la varianza de las puntuaciones totales. Las primeras se dividen entre las segundas y el resultado se resta de 1. El valor obtenido corresponderá al índice de confiabilidad del instrumento.

10.2 Valor de las opciones de respuesta

En el caso de los enunciados acerca del **APRMP**, el valor asignado será de acuerdo con la siguiente ponderación:

Siempre o casi siempre = 1
La mayoría de las veces = .75
Unas veces sí y otras no = .50
Pocas veces = .25
Nunca o casi nunca = 0

En el caso de los enunciados acerca del **APPRMP**, el valor asignado será de acuerdo con la siguiente ponderación:

Siempre o casi siempre = 0
La mayoría de las veces = .25
Unas veces sí y otras no = .50
Pocas veces = .75
Nunca o casi nunca = 1

10.3 Estrategia para su aplicación

Dado que el instrumento explora puntos de vista de los pacientes acerca del ambiente que prevalece en la consulta de medicina familiar de su unidad, el anonimato será un recurso a considerar para propiciar la libertad, sinceridad y apertura para sus respuestas; Asimismo. Serán elegidas y planeadas las circunstancias de aplicación más pertinentes, donde los derechohabientes estén motivados y tranquilos para externar con franqueza sus puntos de vista. Asimismo, antes de iniciar la aplicación, se procurará despertar su interés explicando los

objetivos de la investigación y la importancia de sus respuestas para el logro de los mismos. Por todo lo anterior, en la sala de espera del consultorio, mientras el paciente espera su turno, se le entregará individualmente el instrumento para su resolución, habiéndole explicado detallada y personalmente las instrucciones para el llenado adecuado del instrumento.

11. ANALISIS ESTADISTICO:^{20,21}

Además de aplicar pruebas estadísticas descriptivas, para conocer las diferencias que se encuentren en las puntuaciones entre los indicadores, se aplicará la prueba de Kruskal-Wallis.

12. ASPECTOS ETICOS:

Para la presente investigación se realizarán todas las acciones necesarias a fin de considerar y respetar aquellos aspectos éticos relacionados con el estudio y establecidas en la declaración de Helsinki.

13. INDICADORES O VARIABLES DEL INSTRUMENTO

13.1.- Papel del médico:

Labor que realiza el médico con el paciente dentro del consultorio, detonando sus motivaciones, a partir de su experiencia vital como el punto central que da sentido a sus necesidades de salud, encauzando, facilitando y orientando el devenir de dichos procesos, en un clima de confianza y respeto.

13.2.- Papel del paciente:

Actividades que realiza dentro del consultorio, comprometiéndose en los procesos de su atención médica, mostrando una actitud propositiva y de respeto hacia el médico, mostrando motivaciones e iniciativas, conciente de sus responsabilidades.

13.3. Papel del entorno laboral:

Influencia de las condiciones y circunstancias laborales bajo las cuales el médico otorga el servicio de la atención médica y la importancia que se otorga a las situaciones familiares y socioeconómicas de los pacientes.

14, Categorización del los ambientes

<u>Tipo de ambiente</u>	<u>puntuación obtenida</u>
<u>Muy favorable</u>	<u>64 a 70</u>
<u>Favorable</u>	<u>51 a 63</u>
<u>Intermedio</u>	<u>31 a 50</u>

Desfavorable **21 a 30**

Muy desfavorable **0 a 20**

15.- Validación del instrumento.

Su primera versión constó de 100 enunciados y fue sometida a la crítica de 4 expertos en el ejercicio de la medicina familiar, quienes evaluaron la pertinencia de los enunciados, así como la redacción y el carácter problematizador de los mismos. Con base en sus aportaciones, se elaboró una segunda versión con 75 enunciados que se aplicó en 30 derechohabientes de la unidad de medicina familiar 21 del IMSS en el Distrito Federal, quienes opinaron acerca de la claridad y pertinencia de los enunciados y la posible omisión de algún aspecto relevante; el resultado final fue la versión definitiva del instrumento. Para estimar su confiabilidad, se utilizó la prueba de Spearman-Brown (Semipartición por mitades).

16.- Estrategia para la aplicación.

A través de un muestreo por conveniencia fueron seleccionados los derechohabientes para la aplicación del instrumento en la UMF No 21 del IMSS en el Distrito Federal. Para procurar la mayor veracidad posible en las respuestas de los pacientes y en coordinación con los jefes de departamento clínico responsables, se planearon las condiciones más pertinentes y adecuadas para la aplicación del instrumento a fin de despertar el interés de los pacientes en un clima de respeto, confianza y cordialidad, asegurándoles la confidencialidad de sus respuestas y la importancia de su participación en los procesos de mejora de la calidad de la atención médica que reciben habitualmente. Para el proceso de la aplicación del instrumento, éste se realizó en la sala de espera de la propia unidad mientras los pacientes esperaban turno en el programa de cita previa para pasar a la consulta con su médico familiar, así como autorización del paciente para poder ser evaluado, previa explicación del instrumento.

17.- Resultados

Con los resultados de la prueba piloto, se aplicó la prueba de Spearman-Brown (semipartición por mitades) y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad para el instrumento de 0.85 y durante los meses de noviembre y diciembre del año 2006 se procedió a su aplicación en 30 derechohabientes adscritos a los 32 consultorios de la unidad de Medicina Familiar No 21 del Distrito Federal, 18 pacientes fueron del género femenino y 12 del masculino, la prueba se realizó al azar siguiendo el orden de los 32

consultorios médicos de la unidad en la sala de espera obteniendo en general una buena cooperación de los derechohabientes y en una mínima cantidad de paciente una negativa rotunda algunos pretextaban la cercanía del llamado de su médico. De acuerdo con los resultados obtenidos, los derechohabientes en general perciben un adecuado ambiente laboral en sus respectivos consultorios; las puntuaciones encontradas fueron similares entre sí, con un promedio de 8 a 1 en desviación estándar de los 4 diferentes indicadores manejados en los enunciados y al comparar los resultados obtenidos con los pacientes de otros consultorios, no se identificaron diferentes estadísticas ($p=0.5$).

17.1 ANALISIS DE RESULTADOS DE LA CONSTRUCCION DE UN INSTRUMENTO PARA VALUAR EL AMBIENTE LABORAL EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF 21 DEL IMSS.

Se realizó un instrumento de evaluación con 4 indicadores de la consulta externa de medicina familiar que a continuación menciono:

Papel del médico en la consulta externa de medicina familiar 30 preguntas.

Papel del paciente 30 preguntas

Ambiente laboral 10

Aspectos administrativos 5

Teniendo en cuenta la categorización de los ambientes se calificara de la siguiente manera:

1 puntuación global

Tipo de ambiente; papel del médico en la consulta externa de medicina familiar

	<u>Puntuación obtenida</u>
<u>Muy favorable</u>	<u>64 a 70</u>
<u>Favorable</u>	<u>51 a 63</u>
<u>Intermedio</u>	<u>31 a 50</u>
<u>Desfavorable</u>	<u>21 a 30</u>
<u>Muy desfavorable</u>	<u>0 a 20</u>

2

Tipo de ambiente: papel del paciente

	<u>Puntuación obtenida</u>
<u>Muy favorable</u>	<u>64 a 70</u>

<u>Favorable</u>	<u>51 a 63</u>
<u>Intermedio</u>	<u>31 a 50</u>
<u>Desfavorable</u>	<u>21 a 30</u>
<u>Muy desfavorable</u>	<u>0 a 20</u>

3

Tipo de ambiente: ambiente laboral

	<u>Puntuación obtenida</u>
<u>Muy favorable</u>	<u>64 a 70</u>
<u>Favorable</u>	<u>51 a 63</u>
<u>Intermedio</u>	<u>31 a 50</u>
<u>Desfavorable</u>	<u>21 a 30</u>
<u>Muy desfavorable</u>	<u>0 a 10</u>

4

Tipo de ambiente: aspectos administrativos

	<u>Puntuación obtenida</u>
<u>Muy favorable</u>	<u>64 a 70</u>
<u>Favorable</u>	<u>51 a 63</u>
<u>Intermedio</u>	<u>31 a 50</u>
<u>Desfavorable</u>	<u>21 a 30</u>
<u>Muy desfavorable</u>	<u>0 a 10</u>

Posterior a la aplicación del instrumento de evaluación, y habiendo realizado el análisis estadístico descriptivo e inferencial en general se encontró:

Una media de de 58.6, una mediana de 60.5, una desviación estándar de 8.0, teniendo un rango mínimo máximo de 37.75 a 70.00 no encontrando diferencias entre la media y la mediana, teniendo en consideración que el valor máximo de la prueba es de 75 y considerando la categorización de los ambientes planeados para este proyecto nos encontramos que la mayoría de

los pacientes entrevistados para el mismo en la unidad de medicina familiar 21 del IMSS, perciben que el ambiente en general es adecuado.

PUNTUACION GLOBAL

		T student
MEDIA	58.6	
MEDIANA	60.5	
DESVIACION ESTANDAR	8.0	
MINIMO-MAXIMO	37.75 A 70.00	
`P	78.1	
`P	1.0	
		5.785 E-27

Al realizar el análisis por indicadores encontramos que:

En el análisis que corresponde al indicador 1 y que se refiere al papel del médico en la consulta externa de medicina familiar y que cubre los reactivos del 01 al 30, se obtuvo una media de 23.6 con un valor próximo a la mediana de 24.8 con una desviación estándar de 4.5 teniendo un mínimo y máximo de 12.75 a 29.00, podemos inferir que el paciente tiene una respuesta favorable en la relación médico paciente

Cuadro 2

PAPEL DEL MEDICO EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR

INDICADOR	N	1
1	30	Student
MEDIA	23.6	
MEDIANA	24.8	
DESVIACION ESTANDAR	4.5	
MINIMO /MAXIMO	12.75 A 29.00	
*P	78.7	
**P	1.0	
		7.533 E-23

En relación a la puntuación que corresponde al indicador 2 el papel del paciente que corresponden a los reactivos del 31 al 60 se obtuvo una media de 24.9, una mediana de 25.6 con

una desviación estándar de 2.9, teniendo un mínimo/máximo de 16.5 a 29.00, podemos decir que tiene una respuesta favorable en la relación médico paciente.

PAPEL DEL PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR

INDICADOR 2	N 30	1 Student
MEDIA	24.9	
MEDIANA	25.6	
DESVIACION ESTANDAR	2.9	
MINIMO /MAXIMO	16.5 A 29.00	
*P	83.0	
**P	0.95	
		8.138 E-29

La puntuación del indicador 3 que se refiere a el ambiente laboral y que corresponden a los reactivos 61 al 70 se obtuvo una media de 5.7, una mediana de 5.7, con una desviación estándar de 1.3, teniendo un mínimo/máximo de 3.25 a 9.00, inferimos que la respuesta es favorable en la relación médico paciente.

AMBIENTE LABORAL

INDICADOR 3	N 10	1 Student
MEDIA	5.7	
MEDIANA	5.7	
DESVIACION ESTANDAR	1.3	
MINIMO /MAXIMO	3.25 A 9.00	
*P	63.3	
**P	0.88	
		3.177 E-21

En los aspectos administrativos que corresponde al indicador 4 se obtuvieron los siguientes resultados una media de 4.3, una mediana de 4.2, con una desviación estándar de 0.6 con un mínimo/máximo de 2.75 a 5.50 con lo que el resultado de estos reactivos nos dan una respuesta favorable en la relación médico paciente.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

INDICADOR 4	N 5	1 Student
MEDIA	4.3	
MEDIANA	4.2	
DESVIACION ESTANDAR	0.6	
MINIMO /MAXIMO	2.75 A 5.50	
*P	71.7	
**P	0.76	
		1.685 E-25

Cuadro 1

PUNTUACION GLOBAL

		T student
MEDIA	58.6	
MEDIANA	60.5	
DESVIACION ESTANDAR	8.0	
MINIMO-MAXIMO	37.75 A 70.00	
`P	78.1	
``P	1.0	
		5.785 E-27

Asimismo, los pacientes consideran que los ambientes laborales que predominan en su unidad son en general favorables y adecuados. La puntuación mínima de de la prueba fue de 0, y su valor máximo fue de 75 puntos.

En las puntuaciones obtenidas en cada uno de los cuatro indicadores, se encontró que en el indicador No.1 que es el tipo de ambiente: papel del médico en la consulta externa de medicina familiar, el promedio resultó de 23.6 al obtenido en el resto de los indicadores. Al comparar los resultados obtenidos en los cuatro indicadores entre ambos grupos de pacientes, las diferencias encontradas resultaron con un buen significado estadístico ($p < 0.05$) (cuadro 2)-

Cuadro 2

PAPEL DEL MEDICO EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR

Al realizar el análisis por indicadores encontramos que:

En el análisis que corresponde al indicador 1 y que se refiere al papel del médico en la consulta externa de medicina familiar y que cubre los reactivos del 01 al 30, se obtuvo una media de 23.6 con un valor próximo a la mediana de 24.8 con una desviación estándar de 4.5 teniendo un mínimo y máximo de 12.75 a 29.00, podemos inferir que el paciente tiene una respuesta favorable en la relación médico paciente.

**PAPEL DEL
PACIENTE EN LA
CONSULTA
EXTERNA DE
MEDICINA
FAMILIAR**

INDICADOR 1	N 30	1 Student
MEDIA	23.6	
MEDIANA	24.8	
DESVIACION ESTANDAR	4.5	
MINIMO /MAXIMO	12.75 A 29.00	
*P	78.7	
**P	1.0	
		7.533 E-23

En relación a la puntuación que corresponde al indicador 2 el papel del paciente que corresponden a los reactivos del 31 al 60 se obtuvo una media de 24.9, una mediana de 25.6 con una desviación estándar de 2.9, teniendo un mínimo/máximo de 16.5 a 29.00, podemos decir que tiene una respuesta favorable en la relación médico paciente

Cuadro 3

INDICADOR 2	N 30	1 Student
MEDIA	24.9	
MEDIANA	25.6	
DESVIACION ESTANDAR	2.9	
MINIMO /MAXIMO	16.5 A 29.00	
*P	83.0	
**P	0.95	
		8.138 E-29

La puntuación del indicador 3 que se refiere a el ambiente laboral y que corresponden a los reactivos 61 al 70 se obtuvo una media de 5.7, una mediana de 5.7, con una desviación estándar

de 1.3, teniendo un mínimo/máximo de 3.25 a 9.00, inferimos que la respuesta es favorable en la relación médico paciente.

Cuadro 4

AMBIENTE LABORAL

INDICADOR 3	N 10	1 Student
MEDIA	5.7	
MEDIANA	5.7	
DESVIACION ESTANDAR	1.3	
MINIMO /MAXIMO	3.25 A 9.00	
*P	63.3	
**P	0.88	
		3.177 E-21

En los aspectos administrativos que corresponde al indicador 4 se obtuvieron los siguientes resultados una media de 4.3, una mediana de 4.2, con una desviación estándar de 0.6 con un mínimo/máximo de 2.75 a 5.50 con lo que el resultado de estos reactivos nos dan una respuesta favorable en la relación médico paciente.

Cuadro 5

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

INDICADOR 4	N 5	1 Student
MEDIA	4.3	
MEDIANA	4.2	
DESVIACION ESTANDAR	0.6	
MINIMO /MAXIMO	2.75 A 5.50	
*P	71.7	
**P	0.76	
		1.685 E-25

Otros resultados interesantes fueron:

1.- Durante la entrevista relataban experiencias vividas durante la consulta de medicina familiar y la comodidad de la atención con su médico familiar.

2.- De la incomodidad de la cita previa para los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar en forma espontánea y con el límite de pacientes de la consulta de medicina familiar comúnmente son vistos por otros médicos familiares.

3.- Quejas relacionadas con la atención de las asistentes médicas, así como del personal administrativo de otras áreas ajenas a la consulta de medicina familiar.

4.- Maltrato de personal ajeno a la consulta de medicina familiar así como de algunos médicos familiares que no correspondían a su consultorio.

18.- Discusión

Un rasgo casi distintivo de la organización y funcionamiento de algunos procesos en las instituciones públicas de salud, es su particular tendencia a la rigidez por los diferentes programas que requieren productividad y cotidianeidad de transformar en rutinarias las labores habituales del médico familiar, convirtiéndolas así en actividades alienantes y carentes de sentido para el trabajador y poco eficaces para el derechohabiente.

Bajo estas circunstancias, se desarrollan ambientes laborales orientados fundamentalmente hacia los aspectos de productividad y eficiencia, alejando y desestimando la calidad y calidez de los aspectos cualitativos del individuo, lo que le produce desinterés y desmotivación desviando el interés de su calidez no tanto de su calidad para la atención del derechohabiente.

En los procesos de la atención médica a los pacientes, esta situación adquiere especial relevancia, ya que el empalme de dos ámbitos fundamentales (el laboral y el sociocultural de los derechohabientes) da como resultado un contexto único en su tipo como lo es la relación médico paciente, el cual puede favorecer o dificultar los propósitos principales de los procesos de la atención médica a los derechohabientes y su familia; por lo tanto, en la investigación de los ambientes laborales de la Unidad de Medicina Familiar No 21 del IMSS, la percepción que tienen los propios pacientes es fundamental para tener un acercamiento sustantivo y real al estudio de la relación médico paciente, ya que en éste ámbito donde se desarrolla el proceso de la atención médica.

Así las cosas, esta aproximación al estudio de los ambientes laborales de los campos clínicos que el IMSS ofrece para los procesos asistenciales, nos dan información importante acerca de lo que sucede en dicho entorno y el mismo ha permitido identificar indirectamente el tipo de labor clínica que el médico familiar realiza cotidianamente.

Aunque estos ambientes clínicos institucionales se han investigado exhaustivamente, su influencia y vinculación con el tipo de relación médico paciente que prevalece ha sido escasa, por lo que el diseño, aplicación y refinamiento de instrumentos adecuados para su evaluación, resulta fundamental y trascendente.

En el estudio, que abarcó el 16.13% de la población total de 121 000 derechohabiente en la UMF No 21 del IMSS, encontramos que los pacientes tienen una percepción semejante acerca de los ambientes laborales y el tipo de relación médico paciente que prevalecen en sus respectivos consultorios, con un franco predominio hacia la categoría de “muy favorable” aún cuando todavía no se involucran directamente en los procesos de su atención médica.

En el entendido que esto puede tener diversas interpretaciones, consideramos que en la medida en que los pacientes se vinculan cada día más con el ámbito laboral de su Unidad de Medicina Familiar, su percepción acerca del ambiente que prevalece representa una aproximación mas fidedigna a la realidad.

Al evaluar los resultados por indicador en los grupos de pacientes, se observaron diferencias significativas, con especial énfasis en el “papel del médico”.

En conclusión, el estudio muestra evidencias de que los ambientes laborales tradicionales, tendientes a propiciar la acumulación irreflexiva de información, donde el debate, la reflexión y la crítica parecen no ser actividades cotidianas, prevalecen en los campos clínicos que el IMSS ofrece a los derechohabientes de las unidades del primer nivel de atención, contribuyendo así al escaso desarrollo de aptitudes prácticas que permitan al pacientes participar activamente en el desarrollo y tratamiento de su enfermedad.

Esto nos debe llevar a reflexionar acerca del papel sustantivo de la labor médica para reorientar y redefinir los procesos clínicos institucionales en el primer nivel de atención, rescatando y privilegiando los espacios clínicos que el derechohabiente requiere y demanda en el primer nivel de atención, propiciando ambientes donde la reflexión y la crítica abierta entre los médicos y los pacientes se constituyan como aptitudes prácticas y esta retroalimentación sea indispensable para avanzar en el camino de los procesos en la atención primaria a la salud.

Finalmente, el esclarecimiento y superación de la problemática vinculada con las condiciones del ambiente laboral que permitan un proceso clínico más refinado y de mayores alcances, debe ser una inquietud permanente del personal dedicado a las labores asistenciales, como parte fundamental de su quehacer clínico cotidiano.

Desde luego que habrá que continuar desarrollando y refinando este tipo de instrumentos para la indagación de la opinión y participación activa de nuestros usuarios, particularmente en las unidades de medicina familiar, y su vinculación con el tipo de relación médico paciente que se vive habitualmente en la consulta de medicina familiar en el Instituto.

Lo que redundaría en un adecuado desarrollo, una optimización de los recursos y una adecuada relación médico paciente mejorando la calidad y calidez que requiere el instituto y el derechohabiente.

Dr. MARIANO ESPINOSA MORALES
febrero de 2008.

19. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Diccionario de las ciencias de la educación. Distrito Federal, México: Santillana; 1993.
2. Viniegra VL. El progreso y la educación. Segunda parte: un replanteamiento del papel de la escuela. En: Materiales para una crítica de la educación. México Instituto Mexicano del Seguro Social; 1999, p. 105-38.
3. Gallino L. Diccionario de sociología. Distrito Federal, México: Siglo XXI; 1990.
4. Aguilar ME, Viniegra VL. Una mirada del proceso educativo. La postura del profesor ante la educación y la práctica docente. En: Viniegra VL. La investigación Investigación en la educación. Papel de la teoría y de la observación. México: IMSS; 1999: 131-40.
5. Brekelmans, M, Wubbels, Th y Levy, J. (1993): "Interpersonal teacher behavior Throughout the career" en Wubbels, Th. Y Levy, J. (Eds): Do you know what you look Like? London: Falmer Press, 56-63.
6. Shuell, T.J. (1996): "Teaching and learning in a classroom contexto" en Berliner, D.C. y Calfee, R.C. (Ed.): Handbook of Educational Psychology, McMillan: New York, 726-763.
7. Aguilar ME, Viniegra VL. El papel cambiante del profesor: Un estudio en grupos De estudiantes de la licenciatura en pedagogía. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Méx.) 1998; 28 (1):113-141.
8. De Vega M. Introducción a la psicología cognitiva. México: Alianza, 1990.
9. Salomón, M. Panorama de las principales corrientes de interpretación de la Educación como fenómeno social. Perfiles Educativos 1980; 8:1-27.
10. Viniegra VL. El progreso y la educación. Segunda parte: un replanteamiento del papel de la escuela. En: Materiales para una crítica de la educación. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1999, p. 105-38.
11. Viniegra VL. El camino de la crítica. Rev. Investigación clínica 1996; 48:139-158.
12. Viniegra VL."Una nueva estrategia para la educación médica de postgrado (parte I, II y III)". Rev. Investigación Clínica 1990, 42: 150-156, 240-244, 321-335.
13. González R, Viniegra L. La discusión y el debate. Una alternativa para el ejercicio de la crítica en educación médica. Tesis para obtener el grado de Maestro en Educación Médica. México, FAC. de Medicina, UNAM, 1998.
14. Chavarría RA, Rivera DB. Entorno laboral y aptitudes clínicas en residentes de Urgencias médico-quirúrgicas. Rev. MED IMSS 2004; 42 (5): 371-378.
15. Isfrán MD, Viniegra VL. El desempeño de profesores de medicina como indicador de la influencia de un curso de formación docente. Rev. Inv Clin Vol.54, Num 4, Julio-agosto 2002; pp 328-333.
16. González R. Viniegra L. La orientación del aprendizaje en la especialidad de pediatría. Rev. Invest Clin, 1999, 51: 227 a 233.
17. González R. Viniegra L... Comparación de dos intervenciones educativas en la formación de médicos residentes. Rev. Invest Clin, 1999, 51: 351-360.
18. Castillo E. Aguilar E. Rivera BD. Ambiente educativo en medicina, propuesta de un instrumento de evaluación. Rev. MED IMSS 2001; 39(5):403-407.
19. Lineamiento Normativo General del Área de Estudios de Pregrado, Ciclos Clínicos, Internado Médico y Servicio Social. Coordinación de Educación En Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004.

20. Bisquerra R. Métodos de investigación educativa, Barcelona, España: CEAC; 1989.
21. Siegel S. Estadística no paramétrica. México. Trillas, 1994.

20.- Anexos

“Ambiente en la consulta de medicina familiar”

Cuestionario AMEDFAM

Género: Femenino _____ Masculino _____ **Edad:** _____ años

Fecha: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Con el propósito de conocer la percepción y el punto de vista que tienen los pacientes acerca del ambiente que prevalece en la consulta de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se está realizando la presente investigación. Para tal efecto, a continuación encontrará una serie de preguntas que se refieren a diversas circunstancias y situaciones que pueden o no estarse presentando durante la consulta con su Médico Familiar y que son determinantes para el desarrollo de una adecuada relación médico-paciente.

La información obtenida será utilizada exclusivamente para los fines de la investigación, y su manejo será **estrictamente confidencial**. Lea cuidadosamente cada uno de las preguntas y responda de acuerdo con la frecuencia en que las diversas circunstancias y situaciones planteadas se estén presentando en la consulta con su médico familiar, de acuerdo con alguna de las siguientes opciones:

- a) **Siempre o casi siempre.**
- b) **La mayoría de las veces.**
- c) **Unas veces sí y otras no.**
- d) **Pocas veces.**
- e) **Nunca o casi nunca.**

Es muy importante no dejar ningún enunciado sin responder.

Gracias por su participación

“Ambiente en la consulta de medicina familiar”

- a) Siempre o casi siempre.
- b) La mayoría de las veces.
- c) Unas veces sí y otras no.
- d) Pocas veces.
- e) Nunca o casi nunca.

Indicador No 1

Papel del médico en la consulta externa de medicina familiar:

- 1.- Ignora mis puntos de vista
- 2.- Muestra impericia en su trabajo conmigo
- 3.- Propicia y acepta mis opiniones
- 4.- Es resolutivo en mis problemas de salud
- 5.- Es autoritario y me trata de manera irrespetuosa
- 6.- Me permite conversar con el mis desacuerdos en el tratamiento
- 7.- Tiene conmigo un trato cordial y de respeto
- 8.- Me exige obediencia en sus Instrucciones a pesar de no estar de acuerdo
- 9.- Me critica destructivamente sobre mi salud
- 10.- Ignora mis problemas de salud previos
- 11.- Me aconseja constructivamente sobre mi salud
- 12.- Esta enterado de mi historial clínico
- 13.- Menosprecia mis comentarios sobre mi enfermedad
- 14.- Muestra actitudes que me desaniman para preguntarle algo
- 15.- Muestra interés cuando le informo sobre mis síntomas
- 16.- Me inspira confianza y respeto al confiarle mis problemas
- 17.- Se molesta cuando le manifiesto mis desacuerdos
- 18.- Me saluda por mi nombre
- 19.- Escucha respeta mis discrepancias con el
- 20.- Me toma en cuenta para decidir sobre mi salud
- 21.- Se muestra impaciente cuando le comento mis síntomas
- 22.- Toma descansos muy prolongados que retrasan la consulta
- 23.- Es paciente y atento conmigo durante la consulta
- 24.- Toma descansos pertinentes sin afectación de la consulta
- 25.- Otorga privilegios para algunos pacientes
- 26.- Propicia una atmósfera rígida y autoritaria
- 27.- Me ofrece un mismo trato que al resto de pacientes
- 28.- Promueve un clima de flexibilidad y apertura
- 29.- Me excluyen en la toma de decisiones sobre mi salud
- 30.- Desconoce mi nombre y excluye el saludo

Indicador número 2

Con respecto a mi actitud frente al médico durante la consulta:

- 31.-___ Mi trato hacia el es cordial y de respeto
- 32.-___ He sido grosero con el cuando ha emitido un diagnostico de gravedad
- 33.-___ He sido descortés y hasta grosero
- 34.-___ Reconozco y asumo la gravedad de mi padecimiento cuando el así lo determina
- 35.-___ Debido al excesivo tiempo de espera, entro al consultorio enojado
- 36.-___ La confianza que me inspira es tal que acato sin cuestionar sus indicaciones
- 37.-___ Procuro declarar toda la información respecto a mi padecimiento
- 38.-___ Acepto y acato sus decisiones médicas con respecto a mi salud
- 39.-___ Cumplo con las indicaciones y sugerencias que me brinda
- 40.-___ Le acepto con responsabilidad los servicios a los que tengo derechos

Indicador número 3

“Ambiente académico laboral docente”

- a) Siempre o casi siempre.
- b) La mayoría de las veces.
- c) Unas veces sí y otras no.
- d) Pocas veces.
- e) Nunca o casi nunca.

- 41.-___ Acudo puntualmente a las citas que me programa
- 42.-___ Priorizo mis problemas de salud y le solicito apoyo para el mas relevante
- 43.-___ Le otorgo toda la información de mi salud aunque me resulte vergonzoso
- 44.-___ Entiendo el exceso reconsulta y cuando me toca el turno acudo sin enfado
- 45.-___ Le proporciono únicamente la información que me solicita
- 46.-___ Acudo con otro médico para corroborar sus indicaciones
- 47.-___ Si tengo dudas sobre los medicamentos le pido ayuda
- 48.-___ Prefiero acudir a consulta cuando tengo tiempo
- 49.-___ Mi familia y yo hemos sido respetuosos con sus decisiones
- 50.-___ He sido violento con el cuando en realidad ha sido amable conmigo
- 51.-___ Desatiendo la indicaciones y sugerencias que me brinda
- 52.-___ Me desagrada que me tome como conejillo de Indias en sus investigaciones
- 53.-___ Prefiero acudir a consulta cuando tengo tiempo
- 54.-___ A pesar de que es un médico muy confiable, cuestiono sin reflexionar sus decisiones
- 55.-___ Le he llegado a ocultar información sobre mi salud por pena
- 56.-___ Mi familia y yo lo hemos agredido verbal o físicamente
- 57.-___ Cuando me lo solicita participo con el en sus investigaciones clínicas

58.-__ Lo presiono para que me otorgue servicios a los que tengo derecho

59.-__ Mis dudas sobre el tratamiento lo resuelvo con otro médico

60.-__ Le exijo en una consulta que me atienda y de tratamiento a todas mis enfermedades

Indicador número 4

Ambiente laboral:

- a) Siempre o casi siempre.
- b) La mayoría de las veces.
- c) Unas veces sí y otras no.
- d) Pocas veces.
- e) Nunca o casi nunca.

61.-__ Las cargas de trabajo para mi médico son abrumadoras.

62.-__ Mi médico pierde mucho tiempo fuera del consultorio.

63.-__ Las actividades de mi médico son rutinarias y poco gratificantes.

64.-__ Es un honor y distinción poder acudir con mi médico familiar.

65.-__ Entre los pacientes prevalece un ambiente de conformismo.

66.-__ Entre los pacientes se promueve una actitud de exigencia.

67.-__ Pertenecer a ciertos grupos de pacientes da privilegios.

68.-__ Independientemente del tipo de paciente.

69.-__ Se muestra poco interés por la satisfacción del personal.

70.-__ Se procuran satisfacer las expectativas de los profesores.

Indicador numero 5

Durante el tiempo de espera para la consulta, he podido observar que:

71.-__ No son tomados en cuenta mis problemas personales.

72.-__ Cuando acudo a la farmacia puedo surtir el total de mis medicamentos.

73.-__ El médico toma en cuenta mi situación económica para sus indicaciones.

74.-__ Mis problemas personales son tomadas en cuenta por mi médico.

75.-__ El médico me solicita cierta dieta que no puedo solventar.