



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Sistema de Universidad Abierta



**DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL PARA MEDIR LA  
MEDICINA DEFENSIVA Y UN CUESTIONARIO PARA MEDIR LA INFORMACIÓN  
PROPORCIONADA AL PACIENTE.**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

GRETA FERNANDA CÁCERES DOMÉNECH

**DIRECTOR:**

DR. LUIS EMILIO CÁCERES ALVARADO

**REVISOR:**

MTRO. JOSÉ LUIS SÁNCHEZ GÁMEZ

**SINODALES:**

MSTRA. INGRID MARISSA CABRERA ZAMORA

DR. JULIO ESPINOSA RODRÍGUEZ

LIC. RICARDO ALBERTO LOZADA VÁZQUEZ

Ciudad de México, marzo de 2019



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.

## AGRADECIMIENTOS

La culminación de este trabajo jamás hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de mi madre, quien me ha acompañado durante toda mi vida, apoyándome a cada paso que doy, consolándome en mis tropiezos y celebrando mis éxitos, enseñándome que no hay nada más valioso que pensar por mi misma, actuar conforme a mis principios y que la libertad de pensamiento y espíritu es la clave de la felicidad; el amor que me ha brindado en las buenas y las malas es lo que me ha convertido en la mujer que hoy soy.

A mi padre le agradezco infinitamente el apoyo que me ha dado en todos los proyectos de mi vida, en especial este trabajo pues, cada vez que tiraba la toalla, me volvió a encaminar, como director de tesis y como padre amoroso y comprensivo, con su pasión por la psicología, me devolvió el gusto por ésta cada vez que renegué de ella al sentirme devastada por no lograr la culminación del proyecto; el padre me enseñó que con trabajo duro, tenacidad y una buena orientación, puedes lograr cualquier cosa que te propongas; el director de tesis me enseñó que tengo mucho que aprender pero siempre habrá expertos en el tema apasionados que me ayudarán a entender y avanzar. Sin él, simplemente este trabajo jamás habría comenzado siquiera.

Mi hermano fue, es y siempre será el ejemplo vivo de que debes hacer lo que amas sin importar lo que opinen de ti, que si quieres algo debes ir a por ello y si tropiezas, lloras, te levantas y lo vuelves a intentar hasta lograrlo, sin importar cuanto tardes; el camino es lo que le da sentido al destino, así que abre tus alas y sigue volando, el único límite eres tú. Su apoyo, abrazos y palabras de aliento, hacen que siempre quiera ir pa'lante.

Agradezco a todos esos amigos que me han apoyado y alentado a seguir, esos amigos que aunque no sean mi sangre, son familia, son tíos, hermanos, padres putativos, personas que han marcado mi vida de una forma indescriptible.

# ÍNDICE

RESUMEN.....	1
<b>SECCIÓN I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
PLANTEAMIENTO.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVOS.....	11
<b>SECCIÓN II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
1. MEDICINA DEFENSIVA.....	13
1.1 Origen y desarrollo.....	13
1.2 Concepto e Instrumentos de Medición.....	20
2. FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA MEDICINA DEFENSIVA.....	26
2.1 Comunicación.....	26
2.1.1 Concepto de Comunicación.....	27
2.1.2 Elementos de la comunicación.....	28
2.1.3 Tipos de comunicación.....	31
2.1.4 Comunicación en la relación médico-paciente.....	32
2.1.5 Información .....	34
2.1.6 Información médica (ámbito legal).....	36
2.2. Burnout.....	40
2.2.1 Definición y características.....	40
2.2.2 Causas.....	43
2.2.3 Predictores.....	44
2.2.4 Consecuencias.....	45
2.2.5 Medición del Burnout. El Maslach Burnout Inventory (MBI).....	45
2.2.6 Burnout en asistentes de la salud.....	48
<b>SECCIÓN III. DESARROLLO DE LOS CUESTIONARIOS.....</b>	<b>49</b>
1. PROCEDIMIENTO.....	50
2. RESULTADOS.....	55
2.1. Selección y Definición de Dimensiones a Medir en las Pruebas.....	55

2.2. Selección, Modificación y Elaboración de Reactivos .....	64
2.3. Validación por Jueces de las Correspondencias entre Dimensiones y Reactivos .....	77
3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	80
4. PROSPECTIVA.....	88
REFERENCIAS.....	93
ANEXOS.....	96
Anexo 1. Entrada del cuestionario para los médicos que ayudaron a ajustar los reactivos.....	97
Anexo 2. Cuestionario a jueces que evaluaron correspondencia entre reactivos y dimensiones .....	98
Anexo 3. Cuestionario de Medicina Defensiva .....	100
Anexo 4. Cuestionario de Información Proporcionada .....	104

## RESUMEN

Derivado del temor de a ser objeto de conflictos como demandas legales, los médicos ejercen conductas tales como la evitación de pacientes considerados en riesgo, la solicitud exagerada y sin fundamento clínico, de estudios, interconsultas o referimiento a otros médicos, así como, la prescripción y /o prolongación de tratamientos o de estancia hospitalaria y el ocultamiento de información relevante respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente, a esto se le llama medicina defensiva.

La medicina defensiva se ha convertido en un problema cada vez más grave en México, y en el mundo; sin embargo, a pesar de los múltiples escritos respecto a esta problemática, existen pocas pruebas que midan el grado de medicina defensiva practicada. En nuestro país se han usado dos pruebas, encontrando que una es unidimensional, y la medicina defensiva incluye varios componentes; y la otra se refiere, específicamente, a la especialidad de urgenciología, lo que limita considerablemente sus posibilidades de uso.

Con base en lo anterior, el primer objetivo del presente trabajo fue conformar un cuestionario multidimensional para medir la práctica de la medicina defensiva, que pueda ser aplicado a cualquier especialidad.

Para delimitar las dimensiones que componen la práctica de la medicina defensiva, se considera la base en el análisis de cinco de las definiciones que aparecen en la literatura especializada. Se ubicaron 6 dimensiones y se elabora una definición para cada una.

Para elaborar los reactivos de este cuestionario, se tomaron 38 reactivos de los cuestionarios de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) y de Sánchez-González, Tena-Tamayo, Campos-Castolo, Hernández-Gamboa y Rivera-Cisneros (2005). Estos fueron ajustados con la colaboración de 5 médicos y un psicólogo experto en la elaboración de cuestionarios de auto-reporte. Algunos se mantuvieron textuales, pero la mayoría fueron modificados, además se elaboraron reactivos y el

resultado fue un conjunto de 63 reactivos cuya correspondencia con las definiciones de las dimensiones fue evaluada por 10 médicos. Mediante esta evaluación se eliminaron 4 reactivos.

En consecuencia, el cuestionario final de medicina defensiva quedó conformado por 59 reactivos distribuidos en 6 dimensiones. De éstos, 6 son versiones textuales de los contenidos en los cuestionarios ya mencionados, 25 son versiones modificadas y 28 son reactivos nuevos de elaboración propia.

En la revisión de la literatura especializada se encontró que la comunicación médico-paciente se encuentra estrechamente relacionada con la medicina defensiva; una comunicación deficiente puede ser la causa de que el paciente demande al médico y el incremento en este tipo de reclamaciones está en el origen de la medicina defensiva. La información proporcionada al paciente es de crucial importancia a grado tal que se encuentra estipulado en la ley donde se señala que el paciente tiene derecho a: “recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz”.

Derivado de lo anterior el segundo objetivo del presente trabajo fue complementar con la adaptación de un cuestionario para medir la calidad de comunicación médico-paciente basado en el tipo de información proporcionada.

Para la delimitación del ámbito de contenido de este cuestionario se tomó como base la argumentación de Aranaz, J. M. Aibar, C. Galán A. Limón, R. Requena, J. Álvarez E. Gea, M. (2006) que afirman que el ocultamiento de información relevante es lo que se relaciona con la medicina defensiva. Se decidió hacer una adaptación en lugar de construir un nuevo instrumento, pues se contaba con 14 reactivos de la dimensión “información” del cuestionario de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008), los cuales están enfocados al ocultamiento de información. Se ubicaron además otros 4 reactivos que dichos autores clasificaban en otras dimensiones, pero parecían estar más relacionados con la dimensión de información proporcionada.

Estos 18 reactivos fueron revisados por los mismos 5 médicos que colaboraron en la elaboración del cuestionario de medicina defensiva, quienes revisaron, también, la definición que se elaboró de "Información proporcionada". Con base en esta revisión 4 reactivos se mantuvieron de forma textual y 14 fueron modificados. Las versiones resultantes de estos 18 reactivos fueron entregados a los mismos 10 médicos que determinaron si los reactivos propuestos en el cuestionario de medicina defensiva corresponden con las definiciones propuestas. El resultado de la evaluación de estos 10 expertos fue que todos los reactivos correspondían a la definición. En consecuencia, el cuestionario adaptado de Información proporcionada quedó conformado por 18 reactivos, 9 relacionados con el ocultamiento de información y 9 con proporcionar toda la información relevante.

En la elaboración y adaptación de los cuestionarios se retomaron las recomendaciones de Nunnally y Bernstein (1994) referidas a la construcción de una prueba diseñada para validación de constructo, en particular a lo correspondiente a especificar el dominio de variables observables relacionadas al constructo. Sin embargo, estos autores afirman que hay 2 aspectos más a considerar en dicha validación: (1) determinar la magnitud con la que las variables observadas tienden a medir la misma cosa o varias cosas diferentes y; (2) determinar el grado de coincidencia entre las relaciones que muestra la medición del constructo con otras variables y lo que se espera de acuerdo a la teoría vinculada al constructo; para cubrir estos aspectos se propone un segundo estudio que se describe al final del presente trabajo.



# **SECCIÓN I.- INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

## PLANTEAMIENTO

En la actualidad la práctica de la medicina defensiva es un problema grave en México y en el mundo entero, pues las medidas preventivas de los servidores y establecimientos de salud a nivel público, social y privado para evitar demandas, o en su caso contar con la defensa y las pruebas idóneas para demostrar su inocencia ante la posibilidad de una demanda por negligencia médica, han derivado en un incremento en los costos económicos. Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005a) afirman que esta práctica deteriora la relación entre médicos y pacientes, y en el ámbito económico, representa un alto costo para los pacientes, los servicios públicos de salud y para los médicos en general, quienes se ven obligados a comprar seguros de responsabilidad profesional ante la elevada frecuencia de denuncias en su contra.

La medicina defensiva puede definirse como: “el conjunto de conductas desarrolladas por los médicos, para evitar las demandas por mala praxis, consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aún aquellos de escasa efectividad o el evitar pacientes de alto riesgo, ocasionando gastos excesivos al paciente o al sistema de atención y sometiéndolo a riesgos evitables” (Chavarría-Islas y González-Rodríguez, 2008, p. 21).

Este tipo de práctica, dirigida a contar con la evidencia necesaria que pudiese librar a los servidores de la salud de la responsabilidad que podría terminar con su carrera o negocio, no solo afecta económicamente al paciente, instancias gubernamentales y contribuyentes; también afecta directamente la calidad y eficiencia de los servicios médicos a los mismos al alargarse, por ejemplo, el tiempo de atención ante la gran demanda de equipo tecnológico y humano para la detección de padecimiento y su tratamiento.

Studdert et al. (2005) consideran dos modalidades de medicina defensiva: la medicina defensiva positiva, que consiste en adoptar un exceso de medidas de seguridad mediante cuidados suplementarios; y la medicina defensiva negativa u omisiva, en la que los médicos abandonan su ejercicio profesional o se apartan de situaciones conflictivas o de alto riesgo de litigio.

El rápido decremento de especialistas, derivado de la medicina defensiva omisiva, representa otro grave problema, un ejemplo claro es el que reportan Guzmán, Shalkow, Palacios, Zelonka y Zurita (2011), quienes afirman que en el año 2003 la Asociación Médica Americana declaró alerta en 20 estados de la Unión por escasez de especialistas en especialidades de alto riesgo (Urgencias, Ginecología y Obstetricia y Neurocirugía pediátrica).

La medicina defensiva se presenta básicamente por factores sociales y/o institucionales. Aranaz, J. M. Aibar, C. Galán A. Limón, R. Requena, J. Álvarez E. Gea, M. (2006) afirman que, debido a que los sistemas sanitarios son cada vez más complejos y a que los pacientes están más informados y son más demandantes, aparecen más frecuentemente efectos adversos en el sistema de asistencia sanitaria. Guzmán et al. (2011) presentan una posición más crítica, pues afirman que entre las principales causas de conflictos y deterioro en la atención médica brindada están las políticas institucionales de hacer más con menos, lo que se concreta en: la escasez de personal suficiente, debida al congelamiento de plazas y el retiro voluntario, y lleva a las sobrecargas esclavizantes de trabajo; la escasez de recursos e insumos por la falta de sustitución oportuna de material y equipo médico. Señalan también otros factores como: los aspectos de mantenimiento inadecuado, la falta de respeto al trabajador, la falta de elaboración de indicadores reales y la exigencia del cumplimiento de metas irreales e inalcanzables.

Según lo estudiado respecto a este tema, todo parece indicar que, aunque existen causas sociales y/o institucionales que promueven la medicina defensiva, ésta también está relacionada con factores psicológicos, entre los que se encuentran el tipo de información que proporciona el médico en la relación médico-paciente y el desgaste profesional o Burnout. Estos dos factores psicológicos, a nuestro parecer son los más relevantes.

La comunicación es un componente primordial en la relación médico-paciente, el tipo y cantidad de información, así como la forma y el momento en que es proporcionada que emite al paciente, juegan un papel esencial en éste tipo de relación; Guzmán et al. (2011) afirman que en la medicina la relación entre el médico y el paciente se basa en la confianza, sin embargo a raíz del

desarrollo de la tecnología, el fácil acceso a la información y el crecimiento de los sistemas socializados y masivos de salud, se han presentado cambios sustanciales en dicha relación, deteriorándola y generando una gran desconfianza.

Con respecto al tipo de información que proporciona el médico a sus pacientes, se han hecho varios intentos para combatir o contrarrestar la medicina defensiva, una de ellas es la práctica de la *medicina asertiva*. Tena-Tamayo y Sánchez-González distinguen cuatro actitudes componentes de la medicina asertiva y la primera de ellas es: “Que el médico, al ejercer frente a su paciente, mantenga una comunicación verbal y no verbal adecuada con su paciente, para lograr el fin que los mantiene en ese momento unidos, generando la confianza y empatía” (Tena-Tamayo y Sánchez-González, 2005a, p. 50). No hay acuerdo respecto a lo que significa en concreto “una comunicación adecuada con el paciente”, pero se han llevado a cabo investigaciones que muestran que la comunicación inadecuada es una de las principales causas de reclamo. Por ejemplo, Tena-Tamayo, Sánchez-González, Rivera-Cisneros y Hernández-Gamboa (2003), señalan que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) reportó que alrededor del 50% de las quejas que recibe, se deben a una deficiente comunicación médico-paciente. Dado lo anterior, debería existir una relación negativa de la medicina defensiva con la comunicación adecuada y una relación positiva con la comunicación inadecuada.

El segundo aspecto psicológico identificado es el síndrome de burnout, que ha sido estudiado por numerosos profesionales y ha sido definido como “un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios), y que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización personal en el trabajo” (Maslach y Jackson, 1986, citado en Aranda et al., 2004, p. 29).

Basado en sus investigaciones, Arimany (2007) ha determinado que el aumento de reclamaciones de los pacientes lleva a los médicos a ejercer una práctica de mayor seguridad y, en ocasiones, de medicina defensiva; lo que a su vez genera situaciones de insatisfacción profesional, estrés y burnout en los médicos. No hay estudios empíricos que analicen directamente la relación entre medicina defensiva y burnout, no obstante, Gascón, Martínez-Jarreta, Casalod, Andrés y Bolea

(2008) encontraron correlaciones significativas entre las tres dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro personal en el trabajo) y el temor a ser denunciado por mala praxis, en profesionales de la salud españoles. Dado que este temor es la fuente de la medicina defensiva, es lógico suponer que existan relaciones entre ella y las dimensiones del burnout.

## JUSTIFICACIÓN

La medicina defensiva no solamente propicia costos económicos excesivos para los usuarios y las instancias gubernamentales, sino que decrementa la calidad y eficiencia de los servicios. Al no contar con instrumentos de medición respecto al grado de medicina defensiva que se practica y la información proporcionada, el trabajo de detectar el problema, idear un plan de acción y ponerlo en marcha para aminorar las tácticas defensivas y mejorar la relación médico-paciente se ve obstaculizado.

A pesar de que se ha escrito mucho acerca de la medicina defensiva (en febrero de 2018, en el buscador de Google se encuentran 455 mil resultados relacionados con este tema), la mayoría de los estudios y artículos de difusión están referidos a los aspectos jurídicos y económicos, y existen pocos estudios empíricos acerca de las relaciones entre la práctica de la medicina defensiva y variables demográficas del personal médico, sin encontrarse ninguno dirigido, específicamente, al papel que juegan los aspectos psicológicos. Un factor que puede estar vinculado a esta ausencia relativa de estudios es que hay muy pocos instrumentos de medición directos de la práctica de la medicina defensiva.

En México el instrumento más utilizado ha sido el cuestionario de Sánchez-González, Tena-Tamayo, Campos-Castolo, Hernández-Gamboa y Rivera-Cisneros (2005). Aunque ha resultado útil, tiene la desventaja de considerar la medicina defensiva como un concepto mono-dimensional y, como veremos más adelante, todo indica que se trata de un concepto multidimensional.

Contar con un cuestionario multidimensional de medicina defensiva puede impulsar la investigación en aspectos de este fenómeno que han sido poco analizados (como su relación con variables demográficas y psicológicas de los profesionales de la salud). Contar con un cuestionario de comunicación médico-paciente, basado en el tipo de información que se proporciona al paciente, determinando el tipo de información, la cantidad, la forma y frecuencia con la que se le proporciona, podría ayudar a mejorar la relación de los servidores de salud con sus pacientes para así evitar los malos entendidos que en gran medida impulsan al paciente a ejercer acciones judiciales en su contra

y por último, contar con cuestionarios como los descritos facilitaría el análisis de las relaciones de las diferentes dimensiones de la práctica de la medicina defensiva con las dimensiones del burnout y con la comunicación adecuada, coadyuvando así a dar apoyo empírico a los argumentos que algunos autores han presentado al respecto (p.e. Arimany, 2007; Tena-Tamayo y Sánchez-González, 2005a).

## **OBJETIVOS**

Los objetivos de la presente tesis son: a) conformar un cuestionario multidimensional para medir la práctica de la medicina defensiva; el cual se basa en la medición del grado de medicina defensiva que practican los servidores de salud y; b) complementar con la adaptación de un cuestionario para medir la calidad de comunicación médico-paciente basado en el tipo de información proporcionada, con la finalidad de que en un futuro, mediante la aplicación y análisis estadístico, se determine la correlación de ésta práctica con la comunicación adecuada del médico con sus pacientes y el síndrome de Burnout y desarrollar las herramientas que coadyuven a eliminar dicha práctica, ello derivado de que la comunicación y el Burnout son los principales factores psicológicos causantes de la práctica de la medicina defensiva según lo encontrado en la literatura revisada.



## **SECCIÓN II.- MARCO TEÓRICO**

## **1.- MEDICINA DEFENSIVA.**

En términos generales, la medicina defensiva es “el conjunto de conductas desarrolladas por los médicos, para evitar las demandas por mala praxis” (Chavarría-Islas y González-Rodríguez, 2008, p. 21). Es así, una estrategia de defensa ante un suceso que hoy es bastante probable, que el médico sea demandado, por su paciente o los familiares de éste, por el supuesto de haber cometido errores en su práctica profesional. Los autores reiteran que si no existieran tales demandas o éstas fueran muy pocas, no existiría la medicina defensiva.

Es evidente que los pacientes solo presentan estas demandas si consideran dos factores: a) que es probable que el médico haya cometido errores; y son éstos los que le generaron algún daño; b) que existe la estructura jurídica para demandarlo y eventualmente obtener algún tipo de reparación del daño. Es en estos dos puntos en los que se ubican el origen y el desarrollo de la medicina defensiva.

### **1.1.- Origen y Desarrollo**

Como señalan Aranaz y colaboradores, citando a Chantler: “La medicina en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa” (Chantler 1999, en Aranaz et al., 2006, p. 41).

Varios autores (p.e. Arimany, 2007; Tena-Tamayo y Sánchez-González, 2005b) afirman que la relación médico-paciente se había considerado, hasta el siglo XIX, una relación de confianza mutua según el enfoque de Erasmo de Róterdam, quien describió que las obligaciones morales del médico eran la competencia, la beneficencia y la diligencia, mientras que las del paciente eran la gratitud y la recompensa. A decir de Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005b, p. 554): “En el siglo antepasado sólo existían, por una parte, profesionistas independientes que ofrecían sus servicios, autorregulados por fuertes tradiciones y lineamientos técnicos, éticos y morales definidos por el gremio médico y, por la otra, los pacientes que les depositaban su confianza y les retribuían directamente”.

Pero en el siglo XX la relación médico-paciente fue cambiando, derivado principalmente por el avance científico y tecnológico en la medicina, así como por la creación de los sistemas gubernamentales de salud. El avance científico y tecnológico hizo posible que se trataran con eficacia un número mucho mayor de padecimientos, se incrementaron las expectativas de vida y de curación de los pacientes, la medicina cambió de poco efectiva a efectiva; aunado a ello, también se impulsó la especialización y la necesidad de trabajar en equipo, por lo que la medicina pasó de simple a compleja. Este segundo aspecto, lo refieren Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005b) como un distanciamiento técnico en la relación médico-paciente.

Con la instauración de sistemas gubernamentales de salud se produjeron otros cambios. Estos sistemas, como señalan Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005b, p. 554) “debían controlar sus presupuestos, que provenían de los impuestos pagados por la sociedad, misma que comenzó a organizarse y a exigirle a médicos e instituciones resultados siempre favorables”. La respuesta de los sistemas gubernamentales fue básicamente la supervisión de la práctica médica, mediante el establecimiento de reglamentos para el diagnóstico y tratamiento y la obligación de presentar informes y reportes que permitieran constatar que se habían seguido los reglamentos. A esto podríamos llamarlo distanciamiento administrativo en la relación médico-paciente. La medicina fue todavía más compleja.

Así, a diferencia de lo que sucedía en el siglo XIX, en el que solo existían pacientes y profesionistas independientes y autorregulados, en la década de los sesentas del siglo XX ya participaban un gran número de personajes en la relación médico-paciente.

Un punto a resaltar, es el señalamiento de que la sociedad comenzó a exigir a médicos e instituciones resultados siempre favorables, ésta exigencia obedecía a que las expectativas de curación de los pacientes, incrementadas por el avance científico, les hacían pensar que si el resultado del tratamiento no era favorable, ello no se debía a que la ciencia o la tecnología carecieran de respuestas adecuadas, si no a errores de los médicos o el sistema que los había atendido; la medicina,

a los ojos de los pacientes, había dejado de ser relativamente segura para ser potencialmente peligrosa, ya estaba presente uno de los factores que propiciaría las demandas jurídicas a los médicos, la probabilidad de que el médico hubiera cometido errores que generaran daño al paciente.

El segundo factor, la consideración de que existe la estructura jurídica para demandar al médico y eventualmente obtener algún tipo de reparación del daño, se presentó de manera amplia en la década de los setentas del siglo XX. Como refieren Chavarria-Islas y González-Rodríguez (2008) en 1971, en los Estados Unidos, el presidente Nixon ordenó crear una Comisión de Mala Práctica Médica (Commission on Medical Malpractice), para obtener información acerca de los errores y actuar en consecuencia; dicha comisión investigó el 90% de los casos de 1970 y encontró que había doce mil incidentes de pacientes y veintidós mil demandas contra médicos, hospitales, enfermeras, laboratorios y fabricantes de tecnología médica. A mediados de esa década la legislación norteamericana permitió abolir la inmunidad de los hospitales y de su personal sanitario, el incremento en las demandas fue notorio. Como estos mismos autores señalan “En 1971 en los Estados Unidos se iniciaron de doce mil a quince mil litigios por mala ejecución profesional ante los tribunales y en 1978 llegaron a ser 20 mil”. (Chavarria-Islas y González-Rodríguez, 2008, p. 21)

Es en esta época cuando surge la medicina defensiva; Guzmán et al. (2011) afirman que este término lo utilizó por primera vez Tancredi<sup>1</sup>, en 1978, para referirse al empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica.

A partir de la década de los noventas, se han efectuado diversos estudios sobre la incidencia de eventos adversos, esto es “cualquier acontecimiento asociado al procedimiento asistencial que

---

<sup>1</sup> **Laurence Tancredi**, MD, JD es psiquiatra / abogado y profesor clínico de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva York. Anteriormente, fue el Profesor Kraft Eidman de Medicina y Derecho en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston. Graduado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania, de la Facultad de Derecho de Yale y de una beca psiquiátrica en la Facultad de Medicina de Yale, Tancredi es el autor o coautor de numerosos artículos y varios libros sobre temas de derecho, ética y psiquiatría, incluido Diagnóstico peligroso: el Poder social de la información biológica (con D. Nelkin, University of Chicago Press, 1994) y When Law and Medicine Meet: A Cultural View (con L. Ross, Springer, 2007). Su libro más reciente es Hardwired Behavior: Lo que la neurociencia revela sobre la moralidad (Cambridge University Press, 2010).

supone consecuencias negativas para el paciente” (Aranaz et al., 2006, p. 42). Los resultados han sido bastante inquietantes, presentaremos algunos.

Aranaz et al. (2006) afirman que los autores Brennan, et al. (1991) y Thomas, et al. (2000) en USA, Wilson, et al. (1995) en Gran Bretaña, Schioler, et al. (2001) en Dinamarca, Davis, et al. (2001) y Davis, et al. (2003) en Nueva Zelanda y Baker, et al. (2004) y Forster, et al. (2004) en Canadá, realizaron diversos estudios en los que se mostró que la incidencia de efectos adversos en pacientes ingresados en hospitales es de entre un 4 y un 17%; mientras que Aranaz, Aibar, Gea, León (2004) afirman que una cuarta parte fueron graves y alrededor del 50% se consideraron evitables.

En un estudio realizado por Rubin George, Chinn y Richardson (2003 citado en Aranaz 2006), se observó una incidencia de 75,6 efectos adversos por cada 1.000 citas; el 44% están relacionados con la prescripción y el 30% con defectos en la comunicación (historial equivocado, pérdidas de documentación, etc.). También se muestra que el 70% de los efectos adversos se deben a fallos técnicos, defectos en la toma de decisiones, conducta inapropiada con respecto a la información disponible, problemas en la anamnesis, y ausencia de cuidados necesarios.

Este tipo de estudios ha llevado al establecimiento de programas de protección al paciente, por ejemplo el 27 de octubre de 2004 en la asamblea mundial de la Organización Mundial de la Salud, ministros, investigadores y pacientes de todo el mundo acordaron la puesta en marcha de “La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente”, bajo el lema “Ante todo, no hacer daño”, en la que se pretende reducir las consecuencias sanitarias y sociales indeseables que pueden suceder durante el proceso de la atención médica; este programa incluye varias medidas clave para reducir el número de enfermedades, complicaciones, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud (2004) menciona que el objetivo de la Alianza es crear conciencia y compromiso en el desarrollo de políticas de seguridad para el paciente. Según Zurita (2011, p. S141), “los objetivos e iniciativas de la Alianza son: a) El desarrollo de una cultura de la

seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático; b) el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones, y c) la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.”

No obstante, este tipo de estudios aunado a una prensa muchas veces amarillista y las posibilidades de acceso a la información, multiplicada con el uso de la Internet, han aumentado las demandas contra los profesionistas de la salud, extendiendo la práctica de la medicina defensiva e incrementado los gastos.

Guzmán et al. (2011) reporta que entre 1986 y 1996 se cuadruplicó el número de demandas, de hecho, se registró un aumento del 100% en las demandas contra los psiquiatras, en Florida el 95% de los neurocirujanos fueron demandados; también mencionan que debido a este incremento en las demandas muchos médicos y enfermeras han optado por practicar la medicina defensiva.

Hidalgo (2009) afirma que tan sólo en España se generan 274 quejas al día por errores médicos y que cada año se registran 100,000 nuevas denuncias a doctores y hospitales por supuestas malas praxis.

The British Medical Journal concluyó, en 1995, que de los médicos encuestados sobre medicina defensiva, el 98% admitieron que cambiaron su práctica por temor a ser demandados (Tena-Tamayo y Sánchez-González, 2005a).

Ortega-González, Méndez-Rodríguez y López-López (2009) refieren que Studdert publicó en JAMA que, en 2005 el 93% de los médicos de Estados Unidos, practican medicina defensiva, el estudio realizado por Barreda (1999, citado en Ortega et al. 2009) lo cuantifica en 98%. Ortega et al (2009) también afirma que según Studdert et al. (2005), en una encuesta aplicada a gastroenterólogos en Japón, reveló que el 98% la practicaba y que según Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005b) en Gran Bretaña se detectó que el 75% de los psiquiatras también practican la medicina defensiva.

Guzmán et al. (2011) mencionan que en varios países latinoamericanos la medicina defensiva se ha incrementado de manera alarmante; los resultados de una encuesta realizada en la República de Argentina, en 2004, indicaron que el 70% de los médicos que participaron en el estudio, practicaban alguna forma medicina defensiva.

Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005a) afirman que, en 1995 Estados Unidos de América reportó que el 17.6 % de los gastos de la atención médica se relacionan con prácticas de medicina defensiva, por cada dólar destinado a cubrir las primas de seguros de responsabilidad profesional, se gastan 2.70 dólares debido a prácticas defensivas.

Ortega et al. (2009) afirman que las investigaciones de Gentile (1993), Ransom, Dombrowski, Shephard y Leonardi (1996), Peterson (2005), Summerton y Graham (2006) y Apoorva-Chawla (2008) coinciden en la afirmación de que la medicina defensiva en Estados Unidos representa el 20% del costo final de la atención médica, el 8% del presupuesto en salud de EUA, es decir, 10 billones de dólares, es utilizado para la aplicación exagerada e innecesaria de exámenes de laboratorio y gabinete; los costos finales debido a la medicina defensiva pueden alcanzar los 50 billones de dólares por año. Solomon (2006, citado en Vázquez-Frias, Villalba-Ortíz, Villalba-Caloca, Montiel-Falcón y Hurtado-Reyes 2011) afirma que la Oficina de Evaluación Tecnológica de los EUA estima que al menos el 8% de las pruebas diagnósticas solicitadas se deben a prácticas defensivas.

Guzmán et al. (2011) revelan que el 10% del total de honorarios de los médicos de Nueva York, se destinan al pago de pólizas para protección contra demandas, incrementando en 20,000,000,000 de dólares el costo de la atención de la salud. También informan que: “En un intento por frenar la voracidad provocada por la industria de la demanda en 2006 se emite en los Estados Unidos, la Ley Trot donde se limita el monto máximo de indemnización por las demandas” (Guzmán et al., 2011, p. S152).

Como hemos visto se han hecho diversas investigaciones a nivel mundial, pero ahora nos enfocaremos en las contribuciones que se han hecho en México. Comenzaremos destacando que

Tena-Tamayo et al. (2003) y Ruelas-Barajas et al. (2008) mencionan que, en el 2001, la Secretaría de Salud creó la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”, en la que se establecen procesos de mejora en el desempeño y la transparencia a través de códigos de ética, educación sobre calidad, certificación de individuos y organizaciones, estandarización de procesos y monitoreo de resultados.

Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005a), reportan que uno de los intentos para revertir la práctica de la medicina defensiva en México, fue la creación, en 1996, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)<sup>2</sup>, en donde con la opinión de los pares de los médicos, se analizan las demandas y se les responsabiliza únicamente si actuaron con negligencia o falta de pericia ocasionándole al paciente algún daño, respetando la *lex artis medica ad hoc*. Tena y Manuell (2006, citado en Guzmán et al. 2011) afirman que a raíz de la creación de la CONAMED han incrementado en gran medida las solicitudes de atención, por asuntos de inconformidad por la atención médica recibida, y que la actividad pericial mediante la solicitud expresa de instancias impartidoras de justicia civil, militar y administrativas se han incrementado de 44 en 1996 a 323 en 2006, es decir seis veces más.

La Secretaría de Salud reportó en el año 2001 que en el periodo 1996-2000, la CONAMED emitió 1753 dictámenes médicos; en el 51% (894) se demostró mala práctica y el 49% (859) buena práctica. En el 2001, se determinó buena práctica en 175 casos y mala práctica en 298, y para el 2002 fueron 233 de buena práctica y 250 de mala práctica.

Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005a) afirman que en el 2003, la CONAMED realizó una encuesta nacional sobre medicina defensiva y que los resultados preliminares revelaron que 36% de los médicos encuestados tiene alguna práctica defensiva en el ejercicio de la profesión, y un porcentaje similar trabajan con el temor de ser demandados.

---

<sup>2</sup> La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado por decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de junio de 1996, para contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud así como a mejorar, la calidad en la prestación de los servicios médicos. Actualmente la CONAMED atiende un promedio de 17,000 casos anuales  
Fuente: [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/funciones.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/funciones.pdf)



Sánchez-González, Tena-Tamayo, Campos-Castolo, Hernández-Gamboa y Rivera-Cisneros (2005) realizaron una encuesta a 613 médicos, se encontró que 376 (61.3 %) presentaron algún grado de práctica de medicina defensiva, y que las acciones defensiva que más practican eran: la indicación de exámenes de laboratorio y gabinete, y la referencia a otros especialistas.

Zurita Navarrete y López Gavito (2017) afirman que, en el 2011, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) reportó que en los tres últimos años se presentaron 1,896 casos de demandas civiles y penales en contra de personal médico de la Secretaría de Salud por actos de negligencia profesional comprobada, lo cual ocasionó un desembolso de 45.8 millones de pesos para cubrir indemnizaciones. En síntesis, la medicina defensiva ya es un problema grave también en México.

## **1.2.- Concepto e Instrumentos de Medición**

Al inicio de este escrito presentamos la definición de medicina defensiva de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008, p. 21): “el conjunto de conductas desarrolladas por los médicos, para evitar las demandas por mala praxis, consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aún aquellos de escasa efectividad o el evitar pacientes de alto riesgo”.

Aunque esta definición es bastante clara, no es la única. Por ejemplo, Gascón et al. (2008) señalan que la medicina defensiva es aquella en la que se prescriben todas las pruebas diagnósticas y todos los fármacos que el usuario solicite, para evitar protestas por las deficiencias del sistema. Sánchez-González y colaboradores afirman que la medicina defensiva se define como: “la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito explícito principal de defender al médico de la crítica, contar con evidencias documentales ante una demanda y evitar controversias, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente” (Sánchez-González et al., 2005, pp. 199-200).

Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005a), presentan una caracterización, del comportamiento del médico que practica la medicina defensiva, más amplia y precisa:

Incrementa sin fundamento clínico el número de pruebas diagnósticas posibles, la referencia a otros especialistas, el número de consultas de seguimiento, el detalle de la información brindada y la documentación médica... el temor a ser demandado le obliga a pedir la opinión de otros colegas, pero no pensando en el beneficio al paciente, sino en la posibilidad de compartir responsabilidades en caso de una demanda. Hay quienes han decidido mejor retirarse de la práctica profesional y otros por lo pronto no aceptan atender pacientes graves. (Tena-Tamayo y Sánchez-González, 2005a, p. 45)

Guzmán y colaboradores presentan una definición bastante completa y específica:

Se entiende por medicina defensiva como la práctica de la medicina, orientada a la solicitud de un número exagerado de análisis de laboratorio, de imagenología, de interconsultas, de referencia de pacientes, de mayor estancia hospitalaria, de prescripción innecesaria de medicamentos, de diferimiento de procedimientos quirúrgicos, de referencia a terceros niveles de atención médica o de alta especialidad, que el médico realiza consciente o inconscientemente, no con el propósito de beneficiar al enfermo sino con el propósito explícito y la creencia de que ante la posibilidad de litigio o reclamación por parte del paciente o sus familiares, podrá justificar ante el juez que se cumplieron y se rebasaron las obligaciones de medios, de diagnóstico y de seguimiento en el proceso de atención médica del paciente. (Guzmán et al., 2011, p. S151).

En estas definiciones hay semejanzas pero también algunas diferencias, en casi todas el propósito de la práctica de la medicina defensiva es evitar demandas por mala praxis, pero para Sánchez-González et al. (2005) el médico también busca defenderse de la crítica, y para Gascón et al. (2008) el propósito es evitar protestas por las deficiencias del sistema.

Aunque con diferentes matices, en todas las definiciones se incluye el empleo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios; Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005a) y Guzmán et al. (2011) además incluyen explícitamente el exceso de interconsultas. Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) y Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005a) incluyen además la evitación de pacientes, de alto riesgo o graves. Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005a) incluyen tres aspectos adicionales: el incremento en el número de consultas de seguimiento, el incremento en el detalle de la información brindada y en la documentación médica. Guzmán et al. (2011) agregan otros dos: una mayor estancia hospitalaria, y el diferimiento de procedimientos quirúrgicos.

Resulta claro que el concepto de medicina defensiva es un concepto multidimensional, ya que incluye diferentes aspectos del comportamiento de los médicos que la practican. También resulta claro que hay consenso entre autores solo respecto a algunos de estos aspectos.

Un instrumento de medición de la medicina defensiva debiera ser multidimensional, a fin de contemplar los diferentes aspectos del comportamiento del médico, sin embargo el instrumento que más se ha usado en México es un instrumento unidimensional, el de Sánchez-González et al. (2005).

Dicho instrumento es un cuestionario de auto-reporte conformado por 17 reactivos con dos valores de respuesta posible: de acuerdo SI o NO; según los autores, dos de estos reactivos son distractores: “mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitarle costos excesivos”, y “me siento seguro de las decisiones que tomo con mis pacientes”, los 15 reactivos restantes se refieren a percepciones, actitudes y conductas específicas relacionadas con la medicina defensiva, de acuerdo con lo referido en la literatura mundial.

De estos 15 reactivos, solo tres son considerados centrales: “frecuentemente siento temor a ser demandado”, “mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflictos”; y “he modificado mi práctica para evitar ser demandado”; las respuestas a estos reactivos son las que permiten categorizar a los participantes en: no defensivos, si el médico responde negativamente a los tres; medicina defensiva incipiente, si responde afirmativamente a uno de ellos, medicina defensiva evidente, si responde afirmativamente a dos; medicina defensiva manifiesta, si responde afirmativamente a los tres.

De acuerdo a los autores, los 12 reactivos restantes se consideran acciones neutras, ya que indican o exploran conductas que no se consideran intrínsecamente como defensivas o no defensivas, y en su estudio (Sánchez-González et al., 2005) exploraron su relación con los reactivos centrales.

Participaron en dicho estudio 613 médicos, de los cuales 376 (61.3%) fueron clasificados como practicantes de medicina defensiva en algún grado, ya que respondieron afirmativamente a uno o más de los tres reactivos centrales. En la comparación de los puntajes de estos 376 médicos con los de los 237 médicos no defensivos, respecto a los 12 reactivos neutros, los autores reportan no haber encontrado diferencias significativas solo en dos casos: el reactivo “documento en el expediente clínico la mayor parte de las condiciones en que se da la atención del paciente”, y el reactivo “proporciono al paciente la mayor información posible para evitar problemas”.

No hubo mayor análisis para aprovechar los datos correspondientes a los diez reactivos en los que si se encontraron diferencias entre grupos, en el desarrollo del cuestionario. En estudios posteriores se han seguido usando solo los tres reactivos centrales para clasificar a los médicos en defensivos o no defensivos (Ortega-González, et al. 2009; Prieto-Miranda, Valdepeña-Ramírez, Mora-Sota y Jiménez-Bernardino, 2013).

Dado que estos tres reactivos hacen referencia al temor a la demanda o al conflicto sin especificar conductas específicas, y son tratados como equivalentes para efectos de clasificación, el instrumento puede considerarse como unidimensional, a pesar de que incluye 17 reactivos.

Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) desarrollaron otro instrumento para medir la práctica de la medicina defensiva, el cual consiste en un cuestionario de auto-reporte, conceptualmente multidimensional, que incluye cuatro aspectos o indicadores:

- a) Solicitud: se refiere a la medida en que el médico de urgencias solicita estudios de laboratorio o gabinete en exceso para fundamentar el diagnóstico de su paciente.
- b) Prescripción: magnitud con la que el médico de urgencias extrema el tratamiento administrado al paciente acorde a su patología.
- c) Información: es la forma en que al paciente o su responsable se le ocultan detalles sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, por parte del personal médico.
- d) Decisión: magnitud en que el médico en urgencias realiza acciones de ingreso, egreso o interconsulta que requieran los pacientes evaluados en el servicio. (Chavarría-Islas y González-Rodríguez, 2008, pp. 22-23)

El cuestionario consta de 56 reactivos tipo Likert, con cinco opciones de respuesta que van de “nunca o casi nunca” a “siempre o casi siempre”; a cada indicador le corresponden 14 reactivos, de los cuales siete son positivos, corresponden a características de la medicina defensiva, y siete son negativos, no corresponden a dichas características.

Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) aplicaron este cuestionario a 49 médicos adscritos al servicio de urgencias de un Hospital General Regional y encontraron que el cuestionario en su conjunto presentaba confiabilidad, un valor de 0.92 en la comparación por mitades con la prueba de Spearman-Brown.

Este instrumento es más acorde a las definiciones de la medicina defensiva presentadas previamente, que el de Sánchez-González et al. (2005), su estructura conceptual es multidimensional y los índices “solicitud” y “prescripción”, están estrechamente vinculados al empleo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios, que como ya señalamos, son dos características de la medicina defensiva a las que hacen referencia todas las definiciones.

Sin embargo, presenta tres problemas, el primero de ellos es que los reactivos se construyeron considerando específicamente el trabajo del médico de urgencias y algunos de ellos no serían adecuados para los médicos de otras especialidades. Por ejemplo, el reactivo “en general a los pacientes que acuden por dolor abdominal les efectuó ultrasonido”, del índice Solicitud; o el reactivo “ante un proceso infeccioso lo mejor es iniciar tratamiento con antibióticos de última generación”, del índice Prescripción.

Un segundo problema consiste en que el índice “Decisión” incluye dos tipos de comportamiento distintos: la solicitud de un número excesivo de interconsultas, y las acciones de ingreso y egreso vinculadas con la prolongación innecesaria del tratamiento, ambos aspectos están presentes en algunas de las definiciones de medicina defensiva (Guzmán et al., 2011; Tena-Tamayo y Sánchez-González, 2005a) pero debieran corresponder a dos índices diferenciados.

El tercer problema, que es el principal, consiste en que el número tan pequeño de participantes imposibilitó que se efectuara un análisis factorial, punto indispensable para evaluar la validez psicométrica del instrumento. En consecuencia, aunque el cuestionario incluya conceptualmente cuatro índices, no podemos asegurar que efectivamente el conjunto de reactivos mida cuatro aspectos distintos, esto es, no hay evidencia empírica de que el instrumento mida cuatro dimensiones del comportamiento de los médicos.

En síntesis, el concepto de medicina defensiva incluye diferentes aspectos del comportamiento de los médicos que la practican, pero a la fecha no se cuenta con un instrumento de medición multidimensional que permita evaluarlos diferencialmente y que haya mostrado confiabilidad de sus subescalas y validez al menos psicométrica.

## **2.- FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA MEDICINA DEFENSIVA.**

Lo que más nos ha interesado en este tema, son los factores psicológicos que pueden propiciar en el médico la práctica de la medicina defensiva; como un factor importante consideramos la comunicación médico-paciente; en una situación de vulnerabilidad como la que presenta un enfermo que pone su integridad en las manos de los servidores de salud, la confianza es primordial y la información que recibe el paciente incrementa o decrementa en gran medida esa confianza, de ahí la importancia del tipo de comunicación que ejerce el médico.

Otro factor importante en este tipo de práctica es el síndrome de Burnout, los síntomas presentados por el servidor de salud no solo afectan al individuo sino a las personas que atiende pues, la calidad de atención decrementa pudiendo incluso llegar a cometer errores irreparables.

### **2.1.- Comunicación.**

Como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, la comunicación es esencial para determinar el tipo de relación médico-paciente, una comunicación adecuada, la proporción de información oportuna, veraz y comprensible respecto del padecimiento y el tratamiento, incluyendo los riesgos, resultados esperados y alternativas, determinan la confianza reflejada sobre el médico, por lo que es muy probable que en caso de obtener resultados negativos respecto del tratamiento, la información recibida y la forma en como se ha proporcionado, determine la decisión del paciente a iniciar o no acciones en contra del médico, igualmente determina el grado de temor padecido por el médico a ser objeto de dichas acciones.

Con base en lo anterior, es evidente que el tipo de comunicación determina en gran medida la posibilidad de ser objeto de una demanda y/o represalias y por consiguiente la práctica de medicina defensiva con el fin de evitar conflictos.

Schramm (1965) afirma que la comunicación ha sido un estudio auxiliar, necesario para la comprensión de la conducta humana y social y que la investigación de la comunicación, consiste en buscar la manera de ser más eficaz en la misma, cómo ser comprendido y claro, como utiliza la gente los medios de información, en general como se realiza el proceso básico de la comunicación.

En USA las investigaciones sobre comunicación abarcan todos los sistemas por los cuales se intercambian y comparten ideas e información, esto incluye la comunicación colectiva y la interpersonal; por otro lado, Frias Azcárate (2000) indica que en el campo de la psicología, el estudio de la comunicación gira en torno a las relaciones interpersonales y grupales.

Schramm (1965) señala que los iniciadores de la investigación de la comunicación son: el psicólogo de la Gestalt, Kurt Lewin, quien se interesaba principalmente en la comunicación a grupos y el efecto de las presiones de grupo, sus normas y funciones, así como la conducta y actitudes de sus miembros; el psicólogo Carl Hovland, quien organizó un programa de investigación de la comunicación y los cambios de actitud; el sociólogo Paul Lazarsfeld, quien se especializó en encuestas y los efectos de los medios de comunicación colectiva y su relación con la influencia personal y, Harold Lasswell, especialista en ciencias políticas, quien inició los estudios de propagandas y es recordado por su descubrimiento del análisis científico de contenido.

### **2.1.1.- Concepto de comunicación.**

Ongallo (2007), citando a Dance y Larson (1976) estima que existen más de 226 definiciones de comunicación pero que, en conclusión, "...es un proceso de intercambio que se completa o perfecciona cuando se han superado todas las fases que intervienen en el mismo". (Ongallo, 2007, p.11)

Frias Azcárate (2000) afirma que la comunicación consiste en "...la transmisión de un mensaje de una persona o grupo a otro, lo que requiere de la existencia de voluntad de interacción entre ambas partes,



es decir que se cree un proceso de influencia mutua y recíproca, mediante el intercambio de pensamientos, sentimientos y reacciones que se manifiestan a través del feed-back que se establece entre los comunicantes.” (Frias Azcárate, 2000, p.3)

### **2.1.2.- Elementos de la comunicación.**

En la literatura consultada respecto del tema de comunicación, cuenta con tres elementos esenciales, tal es el caso de Fuller y Ness (2007), quienes afirman que la comunicación tiene tres componentes básicos que son el emisor o remitente, quien se encarga de emitir una idea, concepto o sentimiento u otros, el segundo componente es el mensaje que es lo que se desea transmitir.; y el tercero es el receptor o destinatario que es a quien va dirigido el mensaje.

Otros autores contemplan componentes adicionales, por ejemplo, los elementos de la comunicación según el modelo lineal de Shannon y Weaver (1949), son:

- Emisor: Es quien emite el mensaje, puede ser o no una persona.
- Receptor: Es quien recibe la información.
- Canal: Es el medio físico por el que se transmite el mensaje.
- Código: Es la forma que toma la información que se intercambia entre la Fuente (el emisor) y el Destino (el receptor) de un lazo informático. Implica la comprensión o decodificación del paquete de información que se transfiere.
- Mensaje: Es lo que se quiere transmitir.
- Situación o contexto: Es la situación o entorno extralingüístico en el que se desarrolla el acto comunicativo.

Derivado de que en toda la literatura revisada se ha encontrado que, aunque se utilizan diversos nombres para denominarlos, los componentes básicos de la comunicación son emisor, mensaje y receptor; es por ello que nos basaremos en los antes mencionados.

Con base en la definición de emisor, según los diversos autores, es la fuente desde la cual se da a conocer una idea, concepto, sentimiento, opinión, etc.; la forma en como es percibida por el receptor, ya sea positiva o negativa, es la credibilidad que emana el emisor.

Stanislaw Mika (1981) afirma que la credibilidad de un comunicador es mayor cuando pertenece a un grupo de referencia positiva y el mensaje contiene lenguaje técnico en lugar de coloquial; también afirma que la percepción de credibilidad depende del nivel de ansiedad del receptor y el nivel de ansiedad que surge con el mensaje, es decir, si el receptor sufre un nivel de ansiedad elevado, percibe al comunicador que lo provoca como menos creíble. (McConnel J. V., 1989, p. 553)

Uno de los principios básicos de la teoría general de comunicación, es que “los signos solamente tienen el significado que la experiencia de la persona le permite atribuir”. A este conjunto de experiencias y significados se le llama “marco de referencia”, debido a que los marcos de referencia son distintos en diferentes clases de personas, se presentan las malas interpretaciones. (Schramm 1965 pp. 6)

El mensaje según Schramm (1965), contiene diferentes tipos de significados, entre los que se destacan, el “denotativo” que es el común o de diccionario y el “connotativo”, que es el significado emocional o evaluativo, este es el que varía entre individuos y con el tiempo. También se mencionan el significado “superficial” y el “latente”, su contexto depende de la relación entre el emisor y el receptor.

El mensaje no solo depende de un simple canal, se compone generalmente de una serie de mensajes paralelos, es decir, las palabras, la entonación o énfasis y las gesticulaciones; en cuanto al mensaje escrito, los mensajes paralelos serían la tipografía, el tamaño de la letra, la dimensión del espacio en blanco, fotografías y el título o encabezados.

Una clave muy importante del mensaje es el conocimiento de la persona que lo emite, pues determina si se admite el mensaje, la aceptación o rechazo de éste “...depende de la medida en que

el mensaje coincide con los valores y creencias del perceptor, y de su efectividad para ubicarse entre ellas.” (Schramm 1965 pp. 9) Para que el mensaje sea aceptado también es necesario que respete las normas de grupo y creencias del receptor, pues compara el mensaje con lo que su “grupo de referencia” (familia, compañeros, grupo de trabajo, etc.) cree o aprecia.

La “canalización” de las actitudes es otra parte importante para la aceptación o rechazo del mensaje, se deben considerar las actitudes existentes para cambiar su dirección. Por tanto, Schramm (1965) afirma que “si se quiere conseguir algo de cierta importancia en el mensaje, el comunicador debe buscar que el perceptor lo seleccione y preste atención a ese mensaje, debe tratar de que lo acepte, e intentar que pase a través de la censura y las normas opuestas de los valores de grupo.” (Schramm 1965 pp. 10)

El receptor es quien recibe el mensaje, quien lo interpreta y da el significado; Monsalve (2003) señala que “El receptor ordinariamente lleva a cabo la operación inversa a la que hace el transmisor, reconstruyendo el mensaje a partir de la señal.” (Monsalve Ramírez, 2003, p. 62)

Beltrán (2007) considera que la meta de la comunicación respecto al receptor es la de producir ciertos efectos sobre su manera de sentir, pensar y actuar. Schramm (1965) señala que “Algunas personas son más fáciles de persuadir que otras para que realicen ciertos actos o mantengan ciertas creencias” (Schramm 1965 pp. 45).

La persuasión no sólo está determinada por el mensaje o el emisor, sino también por las características sociales y de la personalidad del receptor.

Schramm (1965) considera tres clases de características de la personalidad que influyen en la respuesta de una persona hacia la persuasión:

1. Su disposición para aceptar una posición favorable o desfavorable en el tema que se está discutiendo.
2. La susceptibilidad ante los argumentos y recursos persuasivos.

3. Su nivel general de susceptibilidad ante cualquier forma de persuasión o influencia social.

Schramm (1965) también menciona que las investigaciones sobre comunicación, revelan que la mayoría de gente tiende a leer, mirar y escuchar aquellas mensajes que tienen puntos de vista similares a los suyos y evitan los de contenido diferente; también menciona que, de acuerdo a estas investigaciones, la gente recuerda más fácilmente los asuntos que concuerdan con su punto de vista y que si no concuerda con el antes mencionado, tiende a distorsionarlo de tal forma que lo percibe como si apoyara su propio punto de vista.

### **2.1.3.- Tipos de comunicación.**

Diversos autores mencionan diversos tipos de comunicación, los principales son la comunicación **verbal**, comunicación que se vale de la palabra para dar el mensaje, es la principal forma de comunicación que se utiliza, puede ser oral o escrita y la comunicación **no verbal**, la cual se lleva a cabo sin el uso de palabras y, en muchos casos de forma inconsciente, movimientos corporales, posturas, mirada, forma de sentarse o de andar, por ejemplo.

Otros autores afirman que la comunicación corresponde a distintos niveles según el tipo de relación entre los participantes, por ejemplo, Mora Medina (1999) afirma que “los niveles o modos no sólo se dan a partir de varios componentes que forman una relación comunicacional.” (Mora Medina, 1999, p. 154) Y describe 5 niveles de comunicación:

1. Intrapersonal: es un proceso interno de comunicación, “...sirve para que el hombre, organice y desarrolle sus redes y formas de comunicarse con él mismo”.
2. Interpersonal: es la que se da entre personas, “...se presenta la relación que hay entre dos o más individuos, que se influyen mutuamente por medio del intercambio de experiencias, de sus intenciones y del número de contactos efectivos y productivos.”

3. Intragrupal: de lugar dentro de un grupo de personas, "...muestra las maneras en que los miembros de una familia o de un grupo de amigos, realizan sus interacciones."
4. Intergrupal: se da entre grupos, nivel mediante el cual "...se estudian las organizaciones, los recursos tecnológicos que les sirven de intermediarios y las redes comunicacionales que se presentan."
5. Sociocultural: abarca los niveles interpersonal, intrapersonal, intragrupal e intergrupal, "...la influencia dentro y fuera de los grupos que actúan en la sociedad lleva a corrientes de pensamiento que provocan las denominadas "revoluciones culturales".

Mora Medina (1999) señala que David C. Mortensen clasificó la comunicación en intrapersonal, interpersonal y sociocultural, Le Thayer la clasifica en intrapersonal, interpersonal, organizacional y tecnológica y por último Ruesch y Bateson la ha clasificado en intrapersonal, interpersonal, grupal y cultural.

#### **2.1.4.- Comunicación en la relación médico-paciente.**

Como se ha mencionado con anterioridad, una comunicación adecuada determina el tipo de relación que entabla médico con el paciente. Schramm (1965) afirma que las relaciones interpersonales dependen fundamentalmente de la comunicación.

Alonso y Kraftchenko (2003) afirma que en la relación médico-paciente desde los principios de la ética médica, la comunicación es el elemento central, por su implicación en el nivel de satisfacción con los servicios de salud.

Bascuñan (2005) afirma que Lloyd (2001) y Beck (2006) concuerdan en que la relación y comunicación médico paciente es benéfica para la salud física y psicológica del paciente además de

aumentar su confianza y compromiso y que los problemas en esta relación son un factor crucial en la decisión para cambiar de médico o iniciar acciones legales contra estos.

Por otro lado, Bascuñan (2005) señala que el tipo de relación médico-paciente depende de las características del paciente y el tipo de situación clínica, que esta relación es dinámica y los roles que se asumen varían en el tiempo y que el énfasis actual es puesto en el respeto y participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones sanitarias. Simón y Gutiérrez (2001) hablan sobre la nueva visión de paciente que a pesar de estar enfermo actualmente es capaz y autónomo, lo que a su vez genera un nuevo modelo de relación asistencial donde el paciente tiene un rol protagónico.

En 2005 Bascuñan hizo una investigación en un grupo de médicos chilenos de la Región Metropolitana, en diversos sectores de práctica profesional con el objetivo de explorar y describir la percepción que tienen sobre los cambios en la relación clínica y su impacto en el nivel de satisfacción profesional y encontró entre otras cosas, que la relación médico-paciente es uno de los cambios de mayor impacto en su satisfacción profesional y personal, y fue valorado como un cambio negativo.

Bascuñan (2005) menciona que en su investigación, los médicos opinan en cuanto a explosión y masificación del conocimiento, que los pacientes están más informados pues obtienen datos en internet o en la prensa no especializada, por lo que en ocasiones están más informados o actualizados que el médico y llegan a la consulta pidiendo exámenes; esto cambia el tipo de relación que se establece, basado en lo anterior, concluye que “Los cambios descritos son asociados a un clima de creciente desconfianza generando un importante impacto en el nivel de satisfacción del médico” (Bascuñan, 2005, pp. 14).

Ante los resultados encontrados en su investigación, Bascuñan (2005) destaca que la desconfianza reporta un descontento con la profesión pues, según profesionales de la salud que participaron en su estudio, el hecho de que los pacientes se sientan insatisfechos con su desempeño les produce frustración, también menciona que la vida personal del médico se enriquece enormemente

con una buena relación médico-paciente. La confianza es la base de la relación médico-paciente y ante la nueva situación en que los pacientes tienen un gran acceso a la información, el profesional de la salud requiere de nuevas habilidades en el que "...deben evaluar la información y entregar la mejor alternativa según los valores y preferencias del paciente". (Bascuñan, 2005, pp. 15).

Bascuñan (2005) habla sobre la insatisfacción profesional y la relaciona con "...la percepción de una invasión en la profesión, donde el médico va perdiendo progresivamente el control sobre su práctica...", así mismo Smith (2001) menciona que la creciente participación de los pacientes provoca incertidumbre y frustración en los médicos y pacientes pues es irreal.

### **2.1.5.- Información**

De acuerdo con el equipo vértice (2007) lo que diferencia a la información de la comunicación se basa en la respuesta del interlocutor. En su manual señalan que "mientras que la información no precisa feedback, la comunicación para poder seguir estableciéndose, sí la precisa. Es decir, al informar emitimos un mensaje hacia un receptor de forma unidireccional, mientras que al comunicar se establece una relación mucho más rica entre emisor y receptor en la que el mensaje tiene carácter bidireccional." (Equipo vértice 2007 p. 3).

Con base en la bibliografía revisada, la información es la base del conocimiento y puede definirse como un grupo de datos ya supervisados y ordenados que sirven para construir un mensaje permitiendo así resolver problemas y tomar decisiones.

Clarenc (2011) afirma que la información "es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje." Y resalta que "Los datos sensoriales una vez percibidos y procesados constituyen una información que cambia el estado de conocimiento..." (Clarenc, 2011 p. 263).

Idalberto Chiavenato (2006) define la información como "...un conjunto de datos con un significado, o sea, que reduce la incertidumbre o que aumenta el conocimiento de algo. En verdad, la información es un mensaje con significado en un determinado contexto, disponible para uso inmediato y que proporciona orientación a las acciones por el hecho de reducir el margen de incertidumbre con respecto a nuestras decisiones". (Chiavenato, 2006 p. 110).

Ferrell y Hirt, (2004) señalan que la información "comprende los datos y conocimientos que se usan en la toma de decisiones". (Ferrell et al, 2004 p. 121) y Czinkota y Kotabe (2001) que "consiste en datos seleccionados y ordenados con un propósito específico". (Czinkota et al, 2001 p. 115).

Aguado (2004) señala que una garantía de éxito de la comunicación es la repetición de la información que se pretende transmitir, afirma que la redundancia, como el la llama, es una forma de asegurar la supervivencia del mensaje y evitar interferencias que distorsionan el contexto, sin embargo, debemos tener cuidado en el exceso de repetición pues, incrementar el número de señales del mensaje puede reducir la información que se pretende transmitir.

La teoría de la información, también conocida como teoría matemática de la comunicación o teoría matemática de la información, propuesta por Claude E. Shannon y Warren Weaver a finales de los años 1940. Holik (2016) afirma que "El principal objetivo de esta teoría es el de proporcionar una definición rigurosa de la noción de información que permita cuantificarla. Fue desarrollada con el objetivo de encontrar límites fundamentales en las operaciones de procesamiento de señales tales como compresión de datos, almacenamiento y comunicación. Sus aplicaciones se extienden a campos diversos, entre ellos la física, la química, la biología, la inferencia estadística, la robótica, la criptografía, la computación, la lingüística, el reconocimiento de patrones y la teoría de la comunicación." (Holik, 2016, p. 1).

De acuerdo con Aguado (2004), dicha teoría ha sido la base de un sinnúmero de investigaciones referentes a la comunicación en diversas disciplinas. Aguado (2004) señala que en el ámbito de la ingeniería se mejoraron los sistemas de transmisión y codificación de señales; en el



ámbito de las ciencias humanas fue utilizado por Jakobson para el estudio de la lingüística y por Lévy-Strauss en antropología, entendiendo los procesos de comunicación humana como un intercambio sucesivo de mensajes con información.

En cuanto a la psicología y a la sociología el modelo comunicacional de Shannon y Weaver dio lugar a los primeros estudios sobre comunicación colectiva en los años 30 y 40.

### **2.1.6.- Información médica (ámbito legal)**

Según lo establecido con la legislación nacional e internacional, la información que proporciona el médico respecto del padecimiento que se trata debe ser oportuna, comprensible y veraz, lo cual a su vez lleva al paciente a confiar en el médico, reduciendo la probabilidad de malos entendidos que podrían dar lugar a demandas por mala praxis y conductas negativas contra el mismo, reduciendo asimismo el temor del médico a ser demandado y por ende la práctica de la medicina defensiva.

En México y el mundo, los usuarios de servicios de salud tienen derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz respecto a su padecimiento, diagnóstico y tratamiento y a pedir una segunda opinión para así poder decidir sobre su cuerpo; es por ello que la información que otorgan los médicos a los pacientes y la forma en que lo hacen es tan importante.

La Ley General de Salud establece en su artículo 51-BIS-1 que los usuarios tienen derecho a "...recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.", el artículo 51-BIS-2 establece que "Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos.", el problema al momento de tomar esa decisión es necesario recibir una información que comprenda el paciente.

La obligación del médico respecto a proporcionar información al paciente tutores y familiares se encuentra igualmente estipulado en el numeral 5.6 la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

Los criterios emitidos por la Suprema Corte de la Nación dentro de la sentencia que resuelve el amparo directo con número de expediente 42/2012 a foja 108, párrafo tercero numeral 250 señalan que “la Comisión Nacional de Arbitraje Médico también ha reconocido los principios internacionales previamente referidos en su Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, en la cual se manifiesta que aquellos cuentan con los derechos a recibir información, decidir libremente y otorgar o no su consentimiento válidamente informado”.

Derivado de que el paciente tiene pleno derecho a decidir sobre su cuerpo y los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que les apliquen, es el mismo quien debe otorgar su consentimiento por escrito para que le sean aplicados los ya mencionados, para que dicho consentimiento sea válido, es imprescindible que el paciente reciba información adecuada respecto de su salud por parte de quien lo trata; en México el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica puntúa éste tema en sus artículos 80 y 81.

Una de las razones más tangibles, si no la principal, de la práctica de la medicina defensiva es el temor de los médicos a ser demandados, como se describió anteriormente la recolección de “pruebas” como son el uso excesivo de exámenes e interconsultas entre otras, sirven para defenderse en caso de encontrarse inmiscuidos en un litigio y el cuestionamiento de su pericia; para dicha defensa es muy importante demostrar que el servidor de salud actuó con el consentimiento del paciente (o sus familiares), el documento ideal para demostrar que se explicó al paciente de forma oportuna, clara, oportuna, y veraz sobre su padecimiento, diagnóstico, tratamiento, riesgos, alternativas y resultados esperados es el denominado “carta de consentimiento bajo información”, cuya función primaria es la de asegurar que se otorgue la información pertinente al paciente, por ello se estipulado en la legislación siendo obligatorio en todo tipo de procedimiento médico; el numeral 4.4 la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico lo define como “...documento escrito y signado

por el paciente, su representante legal o el familiar más cercano en vínculo, mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos más frecuentes y de los beneficios esperados para el paciente”.

Respecto a ello, los criterios emitidos por la Suprema Corte de la Nación dentro de la sentencia que resuelve el amparo directo con número de expediente 42/2012 a foja 103, párrafo tercero, numeral 239 señalan que “Entre los requisitos mínimos destacan el acto autorizado y el señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado”.

Lo cual se robustece a foja 108, párrafo segundo, numeral 249 en la cual se destaca que “...la Secretaría de Salud, en el Código de Conducta para el Personal de Salud de la dependencia, destaca la importancia del consentimiento informado como un estándar de trato profesional, pues tratándose de intervenciones quirúrgicas establece que el médico deberá explicar al paciente con honradez y sinceridad, las características del acto quirúrgico, sus riesgos, los posibles resultados y si es el caso los costos del mismo”.

Sin embargo, el lenguaje médico y la imposibilidad de algunos de éstos para comunicarse adecuadamente lleva a que el paciente no comprenda por completo la información que se le pretende transmitir y en caso de producirse algún evento adverso que compromete su salud, inicie un procedimiento en su contra. La Suprema Corte de la Nación señala dentro de la sentencia de amparo descrito, que “El consentimiento informado es un proceso de comunicación en el ámbito médico, dirigido a facilitar a los pacientes la toma de decisiones y a hacerse responsable de éstas.” Asimismo se afirma que “Para que el paciente pueda consentir algún acto médico o tratamiento es necesario que reciba información comprensible, relevante, estructurada y adaptada a su caso particular que lo posibilite para tomar una decisión sobre si debe aceptar o no la intervención médica, es decir, el paciente es previamente informado para poder elegir de manera libre entre las diversas alternativas de tratamientos existentes, y consecuentemente, autorizar o rechazar cómo ser tratado o curado. El consentimiento no tiene sentido si no viene acompañado de información comprensible para el

paciente, es por esto, que hablamos de consentimiento informado, pues para que éste tenga validez es preciso que confluyan la información y la voluntariedad<sup>3</sup>.”(foja 122, párrafo primero, numeral 276.

Uno de los Derechos Humanos más conocidos es el derecho a la salud, así como el derecho humano a la libre elección, información y autonomía y es por ello que las autoridades enfatizan (o al menos lo intentan) la importancia de garantizar la autonomía e información sobre los actos médicos, imputando a los médicos todas las consecuencias derivadas del acto ejecutado en caso de demostrar que el paciente no fue informado adecuadamente, culpándolo con ello de vulnerar la autonomía personal, dignidad e intimidad del paciente, así como su derecho a decidir libremente respecto a su integridad corporal; en foja 106, párrafo segundo, numeral 244 de la multimencionada sentencia se destaca que la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada en octubre de dos mil cinco, por la Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), establece que “...se debe respetar la autonomía de la persona respecto a la facultad para tomar decisiones asumiendo responsabilidad de éstas por lo que toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo con el consentimiento informado de la persona el cual deberá estar basado en información adecuada<sup>4</sup>”, lo cual robustece a foja 124 párrafo segundo, numeral 282 en la cual se afirma que “...practicar un tratamiento o procedimiento médico sin el consentimiento informado expreso del paciente vulnera su autonomía personal, su dignidad y su intimidad, así como su derecho a decidir libremente respecto a su integridad corporal<sup>5</sup>. En caso de no informar los riesgos y beneficios de la operación al paciente, los médicos abandonan su obligación de medios y asumen los riesgos por sí solos”.

---

<sup>3</sup> Cfr. Martínez Palomo, Adolfo, *Bioética: En busca de consensos sobre el consentimiento*, Editorial El Colegio Nacional, México, 2009, págs. 13 y 14.

<sup>4</sup> Artículo 5 – Autonomía y responsabilidad individual

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 6 – Consentimiento

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. [...]

<sup>5</sup> Cfr. Rovira, Antonio, *Autonomía personal y tratamiento médico: una aproximación constitucional al consentimiento informado*, Editorial Arazandi, Pamplona, 2007, págs. 52 a 66.

Derivado de lo anterior, una de las cuestiones más importantes para la relación médico-paciente y lograr que el paciente ejerza su derecho a decidir sobre los procedimientos a los que será sometido, es de suma importancia informar de manera comprensible, relevante, estructurada y adaptada a las necesidades y capacidades de cada paciente; la ya mencionada sentencia señala en foja 107, párrafo segundo, numeral 246 que “El secretario general del Consejo de Europa al emitir el Informe Explicativo del Convenio de Oviedo, señala que la información sobre los riesgos que acarrea su intervención o sus alternativas debe comprender no sólo los riesgos inherentes al tipo de intervención de que se trate, sino también los riesgos referentes individuales de cada paciente, derivados de la edad o de la concurrencia de otras patologías.”<sup>6</sup>, reafirmando lo ya descrito, al afirmar en foja 108, párrafo primero, numeral 248 que “la Secretaría de Salud emitió un Código de Bioética para el Personal de Salud, el cual establece que el paciente —o su representante legal— debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas, por lo que dicha información se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo que le permita ser participe en el manejo de su propia enfermedad. De tal modo, la Secretaría de Salud reconoce que el consentimiento válidamente informado del paciente constituye la más sólida expresión de su autonomía”.

## **2.2.- Burnout.**

### **2.2.1 Definición y características.**

El síndrome de burnout, en la literatura en español, se ha llamado también síndrome de desgaste profesional y síndrome de quemarse por el trabajo.

El concepto de burnout fue utilizado por primera vez por Freudenberger en 1974, quien lo definió como un conjunto de síntomas físicos, sufridos por personal sanitario como resultado de las condiciones de trabajo, agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral y como

---

<sup>6</sup> Numeral 35 del Informe Explicativo del Convenio de Oviedo

el resultado del desgaste por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables (Aranda et al., 2004).

Moreno, Bustos, Matallana y Miralles (1997, en García, Herrero y León, 2007) afirman que desde las primeras formulaciones del concepto burnout empleadas por Freudenberger (1974), se han presentado tanto una evolución del término mismo como una gran variedad de instrumentos para medir el fenómeno.

La definición más conocida del burnout es la que fue presentada en la Introducción: “un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios), y que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización personal en el trabajo” (Maslach y Jackson, 1986, citado en Aranda et al., 2004, p. 29).

Gil-Monte (2005, citado en García et al, 2007) afirma que el éxito de esta definición se debió al estudio de Perlman y Hartman, quienes revisaron más de 48 definiciones, elaboradas entre 1974 y 1980, y concluyeron que el burnout se definía como “una respuesta al estrés laboral crónico cuyos componentes son agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y una excesiva despersonalización (Perlman y Hartman, 1982, en García et al., 2007, p. 158). La similitud entre esta definición y la de Maslach y Jackson es evidente.

La definición es tridimensional porque de acuerdo con Maslach (1985, en Martínez-López y López-Solache, 2005) los elementos más característicos en el síndrome de burnout son:

- Agotamiento emocional (AE): los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el trabajo. Sobrecarga emocional por los requerimientos emocionales que le imponen los otros.
- Despersonalización (DP): una respuesta impersonal y fría hacia los que realizan las tareas profesionales.
- Realización personal disminuida (RPD): los sentimientos de escasa competencia y fracaso profesional.

Otros autores han señalado otras características. Por ejemplo Gundersen (2001, en Moreno-Jiménez et al., 2005) dice que las características que presenta el burnout en médicos son fatiga, desgaste emocional, incapacidad de concentración, ansiedad, insomnio, irritabilidad, incremento del consumo de alcohol o drogas y depresión. Pero las características delimitadas por Maslach son las más reconocidas.

La definición del burnout de Maslach y Jackson (1981,1986) se centra en las profesiones asistenciales, en 1996 se presenta otra definición, más amplia, que abarca todo tipo de profesionales. El síndrome se redefine como “una crisis en la relación con el propio trabajo, sin que signifique necesariamente una crisis proveniente de las reacciones con las personas en el trabajo” (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996, citado en García et al., 2007, p. 159).

A decir de Moreno-Jiménez, Seminotti, Garrosa, Rodríguez-Carvajal y Morante (2005) la formulación teórica del burnout de Maslach y Jackson, en 1981, es la más consolidada.

El síndrome de burnout no se presenta súbitamente. Martínez-López y López-Solache (2005) afirman que el cuadro puede seguir la siguiente secuencia:

- 1a Etapa: Se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.
- 2a Etapa: El individuo realiza un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente, (hasta aquí el cuadro es reversible).
- 3ra Etapa: Aparece realmente el síndrome con los componentes descritos: AE, DP y RPD.
- 4a Etapa: El individuo deteriorado psicofísicamente, se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios.

### **2.2.2.- Causas**

García y colaboradores afirman que el síndrome de burnout se entendía como “el resultado de la interacción con los usuarios, ante cuyas demandas emocionales los profesionales se sentían sobrepasados”, lo que “generó un consenso general de entender el síndrome como un estado consecuencia de la sobreimplicación laboral y de las demandas emocionales del trabajo” (García et al., 2007, p 159).

Según Tena-Tamayo y Sánchez- González (2005a), el Burnout se genera debido a la sobrecarga de trabajo, la falta de estímulos, diferencias entre las expectativas laborales y la realidad, la constante implicación con personas que sufren, la frustración, temor y desesperanza, bajas expectativas de refuerzos y las altas previsiones de castigo; Leiter y Maslach (2000) dicen que algunos de los factores más comunes que en cualquier profesión pueden producir el desgaste de una persona (burnout) son el estrés producido por la sobrecarga laboral, la falta de equidad, el escaso reconocimiento, etc.; Gandara, González Correales, y González Rodríguez (2004), añaden a esta lista, el temor a las agresiones físicas y verbales y a cualquier tipo de presión por parte de los pacientes.

Para algunos autores, dentro de las profesiones asistenciales las fuentes de estrés y del desgaste profesional o burnout se engloban en dos grandes categorías: la relación y el contacto directo con los pacientes y los factores administrativos y organizacionales (Graham, 1987; Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2000; Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001, en Moreno Jiménez et al, 2005).

Respecto a éstos últimos, Aranda y colaboradores afirman que “Las relaciones interpersonales, los problemas internos entre la institución y el individuo, pueden llegar a convertirse en una fuente de estrés y generar sentimientos de estar quemado.” (Aranda et al. 2004, p. 32).

Otros autores incluyen factores sociales en un sentido más amplio. Olivares et al (2009) señalan que Hernández et al. (2004) afirman que las transformaciones sociales, económicas y tecnológicas han generado un nuevo contexto para las organizaciones laborales y que, la organización



laboral y la manera de concebir el trabajo han sido transformados profundamente debido a fenómenos como la globalización de la economía, el progresivo envejecimiento de la población, los nuevos fenómenos migratorios, la masiva incorporación de las mujeres en el mercado laboral, el creciente proceso de tercerización económica con sus nuevas demandas y preferencias de los consumidores y/o usuarios de servicios, las mayores exigencias emocionales, cognitivas y físicas al trabajador y la fuerte competencia; Jawahar et al. (2007) y LeRouge et al. (2006) afirman que estas transformaciones han sido vistas por algunos como importantes fuentes desencadenantes de estrés en el mundo laboral y esto se relaciona con una disminución en la calidad y en la productividad del desempeño profesional, tanto a nivel individual como organizacional.

La mayoría de los autores abordan factores que aumentan la probabilidad o la intensidad del burnout, pero algunos señalan factores que la disminuyen. Gil-Monte (1997) dice que variables como las habilidades adquiridas, la variedad de tareas, la retroinformación recibida llegarían a influir en el desarrollo del síndrome. Cuando la tarea se adecua a las expectativas y a la capacidad del profesional, además de contribuir en el bienestar psicológico del sujeto, supone una importante motivación.

### **2.2.3.- Predictores**

Moreno-Jiménez et al. (2005) revelan que la relación entre nivel de burnout y género es controvertida, pues mientras que algunos autores describen un mayor desgaste en varones (Maslach y Jackson, 1985; Price y Spencer, 1994), otros lo encuentran en mujeres (Freudenberger y Nort, 1985). Maslach y Jackson (1985) proponen que las mujeres soportan mejor que los hombres las situaciones problemáticas de trabajo, sin embargo, Freudenberger y Nort, (1985) concluyen que las primeras acaban quemadas con gran frecuencia al añadir las tareas laborales a las domésticas. De Dios y Franco (2007) y Casas, Repullo y Lorenzo (2002) afirman que la edad constituye un factor de riesgo en tanto que otros consideran que es un protector.

Martínez-López y López –Solanche (2005) señalan que aunque no hay un acuerdo unánime según la literatura, el Síndrome de Burnout se ha asociado más con las personas que no tienen pareja

estable, afirmando que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que las casadas o que conviven con parejas estables.

#### **2.2.4.- Consecuencias.**

Parker y Kulik (1995, citado en Moreno-Jimenez et al 2005) afirma que el desgaste profesional se encuentra asociado con la disminución de la calidad del trabajo. Leiter, Harvie y Frizzel, (1998, citado en Moreno-Jimenez et al 2005) lo relacionan con la reducción del compromiso laboral; Maslach, Schaufeli, y Leiter (2001, citado en Moreno-Jimenez et al 2005) con problemas de salud relacionados con el estrés y para finalizar, Lemkau, Rafferty, y Gordon (1994, citado en Moreno-Jimenez et al 2005); Deckard, Meterko, y Field (1994, citado en Moreno-Jimenez et al 2005); Schmoltdt, Freeborn, y Klevit (1994, citado en Moreno-Jimenez et al 2005); Goldberg et al. (1996, citado en Moreno-Jimenez et al 2005) con una menor satisfacción con la carrera profesional.

Linzer et al. (2001, citado en Moreno-Jimenez et al 2005) señalan que los bajos niveles de satisfacción laboral pueden afectar a la relación médico-paciente y según Freeborn (2001, citado en Moreno-Jimenez et al 2005) comprometen la calidad del cuidado, atención o tratamiento médico, aunado a eso Melville (1980, citado en Moreno-Jimenez et al 2005) dice que también son asociados con prescripciones médicas inapropiadas.

Martínez-López y López-Solanche (2005) establecen dos tipos de repercusiones del burnout, para el individuo son salud y las relaciones interpersonales fuera del trabajo y para la institución, la insatisfacción laboral, propensión al abandono y al ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, hostilidad y resentimiento.

#### **2.2.5.- Medición del Burnout. El Maslach Burnout Inventory (MBI).**

García y colaboradores (2007) afirman que las primeras medidas del burnout provenían de la observación clínica y en general eran asistemáticas, incluían entrevistas estructuradas, métodos

proyektivos y diversos instrumentos de aplicación muy limitada. No obstante, también hubo instrumentos bien estructurados que continuaron aplicándose sistemáticamente. Entre éstos últimos, incluyen el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1986, en García et al., 2007). Los autores refieren que más recientemente han surgido otros instrumentos, pero el MBI sigue siendo el cuestionario más utilizado para la evaluación del síndrome.

En 1981 Maslach y Jackson presentaron el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), un cuestionario de auto-reporte tridimensional basado en las tres características mencionadas previamente. En 1986 las autoras volvieron a presentar el mismo cuestionario, pero ya como instrumento de diagnóstico.

En su trabajo de 1981, Maslach y Jackson aplicaron un cuestionario conformado por 25 ítems a dos muestras de participantes. El análisis factorial ubicó cuatro factores. El factor “cansancio emocional” agrupó nueve ítems que describían sentimientos de estar agotados y rebasados emocionalmente por su trabajo. El factor “despersonalización” incluyó cinco ítems que describían una respuesta insensible e impersonal hacia los usuarios de sus cuidados o servicios. El factor “realización personal” estuvo conformado por ocho ítems que describían sentimientos de competencia y ejecución exitosa de su trabajo con la gente. El cuarto factor, incluyó tres ítems referidos a vinculación afectiva con los usuarios de su trabajo. Este no se consideró subescala pues tuvo un valor propio (eigenvalue) menor a uno. En consecuencia el MBI quedó conformado por 22 ítems agrupados en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

García y colaboradores señalan que en el manual del MBI (Maslach, Jackson y Leiter, 1996, en García et al., 2007) se refieren tres versiones de este inventario. El *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) que es la versión clásica y está dirigida a los profesionales de la salud. Es la de Maslach y Jackson, en 1986, muy semejante a la que describimos en el párrafo anterior, pero en lugar de la subescala de realización personal hay una de “*baja realización personal en el trabajo*” cuyos ítems indican “autoevaluación negativa de la realización del propio trabajo, creencia de que el trabajo no merece la pena, creencia de que nada puede cambiarse laboralmente y no merece la pena intentarlo además” (García et al., 2007, p. 159).

La segunda versión es el *Maslach Burnout Inventory- Educators Survey* (MBIES), dirigida a los profesionales de la educación (Schwab, 1986, citada en García et al., 2007) que mantiene la misma estructura trifactorial y en la que solo “se substituye el término paciente por el de alumno (García et al., 2007, p. 159). La tercera es el *Maslach Burnout Inventory- General Survey* (MBI-GS), de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996, en García et al., 2007). Está abocada a todo tipo de profesión y mantiene la estructura tridimensional, pero “se reduce el número de ítems a 16 y las escalas pasan a denominarse *cinismo* (que reemplaza a la subescala de despersonalización a la vez que se constituye como la reformulación que conduce a la diferencia fundamental entre el burnout asistencial y no asistencial), *agotamiento emocional* y *eficacia profesional* (se corresponde con la antigua escala aunque centrada en aspectos laborales y sin hacer mención a personas a las que pudiera o no ayudarse)” (García et al., 2007, p. 159).

En diversos estudios los análisis factoriales, exploratorios o confirmatorios han reproducido la estructura trifactorial del MBI, aunque en otros se han encontrado algunas debilidades psicométricas; en particular cuando la muestra incluye diferentes ocupaciones (Olivares y Gil-Monte 2009).

El MBI ha tenido tal impacto en la literatura del síndrome de burnout que su influencia ha sido tema de controversia. García y colaboradores afirman que “la definición del síndrome, no ha sido construida desde una observación clínica firme ni en un modelo teórico”, sino que “ha sido desarrollada inductivamente desde la multiplicidad de estudios psicométricos generados por el MBI” (García et al., 2007, p.159). Por el otro lado, Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz afirman que: “La importancia del MBI en la investigación queda patente cuando se advierte que la estructura y la definición operativa del burnout no fue teóricamente elaborada hasta su construcción” (Meda et al., 2008, p. 108). Lo que es un hecho, es que el MBI en sus diferentes versiones, ha sido el instrumento más usado en los estudios acerca del burnout (García et al., 2007; Meda et al., 2008).

### **2.2.6.- Burnout en asistentes de la salud**

Como ya se dijo, el concepto de Burnout estaba centrado inicialmente en los profesionales que mantienen un contacto constante y directo con los beneficiarios de su trabajo y fue hasta 1996 que se amplió a otros tipos de profesionales.

En general, el burnout en médicos no se diferencia del que se presenta en otras profesiones, pero en algunos aspectos las reacciones de los médicos son únicas, esto se debe en parte a que puede tener consecuencias devastadoras para los pacientes (Moreno-Jiménez et al., 2005). Vega (1994, en Moreno-Jiménez et al., 2005) menciona que la sobrecarga de trabajo, las guardias, la competitividad, la necesidad de estar al día, la burocracia, la convivencia con otros miembros del equipo y, sobretodo, el trato directo con los pacientes son algunas de las razones que provocan que los profesionales de la medicina sean teóricamente más susceptibles de sufrir el síndrome. El trato con los pacientes es de particular importancia pues éstos trasladan al médico sus demandas físicas y emocionales, y el enfrentamiento frecuente con el sufrimiento y la muerte es una fuente importante de ansiedad.

En cuanto a los predictores del síndrome de Burnout, Moreno-Jiménez et al. (2005) mencionan que las últimas investigaciones han mostrado que el mejor predictor es el control percibido sobre el ambiente de trabajo. Otros autores (Freeborn, 2001; Gundersen, 2001. Citados en Moreno-Jiménez et al., 2005) mencionan otros predictores significativos como son las demandas laborales percibidas, el apoyo social de los compañeros, y la satisfacción con los recursos que se poseen. Por lo que el aumento de los niveles de control percibido, del apoyo social y de los recursos provocaría una disminución en el nivel de burnout.

# **SECCIÓN III.- DESARROLLO DE LOS CUESTIONARIOS**

## 1.- PROCEDIMIENTO.

Los objetivos del trabajo de tesis son:

- Conformar un cuestionario multidimensional para medir la práctica de la medicina defensiva.
- Adaptar un cuestionario para medir el tipo de información que el médico proporciona al paciente.

Para tal efecto y considerando que tanto la medicina defensiva como el tipo de información proporcionada pueden ser tratados como constructo, se siguieron principalmente las indicaciones que presentan Nunnally y Bernstein (1994) respecto a la construcción de una prueba diseñada para validación de constructo.

Nunnally y Bernstein (1994, pp. 86-87) afirman que hay tres aspectos principales en la validación de constructo: (1) especificar el dominio de variables observables relacionadas al constructo; (2) determinar la magnitud con la que las variables observadas tienden a medir la misma cosa o varias cosas diferentes y; (3) determinar el grado de coincidencia entre las relaciones que muestra la medición del constructo con otras variables y lo que se espera de acuerdo a la teoría vinculada al constructo.

Con respecto al primer aspecto, los autores señalan que una prueba diseñada para validez de constructo se desarrolla a partir de una teoría que delimita el dominio de contenido de la prueba (Nunnally y Bernstein, 1994, p. 310). El investigador “debe ser capaz de describir las propiedades del atributo que será medido” (Nunnally y Bernstein, 1994, p. 311).

En el presente estudio la conceptualización que delimitó el dominio de contenido del cuestionario fue la derivada del análisis de las definiciones de medicina defensiva que aparecen en la literatura especializada. En particular de cinco definiciones presentadas previamente: la de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008), la de Casa-Madrid (2007), la de Gascón et al. (2008), la de Tena-Tamayo

y Sánchez-González (2005a) y la de Guzmán et al. (2011). Como se ha señalado, la primera es clara y las dos últimas muy completas y precisas.

Lo que se hizo fue ubicar los elementos de la práctica de la medicina defensiva contenidos en las definiciones y después conformar un conjunto de los mismos que incluyera, a nuestra forma de ver, todos los componentes relevantes de dicha práctica. Este fue el “primer grupo de dimensiones”, incluyó seis dimensiones y a cada una se le asignó un nombre y una definición inicial.

En una de las definiciones, la de Tena y Sánchez (2005), se señala que en la medicina defensiva: “El médico incrementa sin fundamento clínico... el detalle de la información brindada”; pero los dos reactivos del cuestionario de Sánchez et al. (2005) que estaban referidos a estos aspectos no mostraron diferencias entre médicos defensivos y médicos no defensivos. Por otro lado, Aranaz et al. (2006) afirman que el incremento en reclamaciones y demandas por parte de los pacientes, provoca que el profesional sanitario reaccione ocultando información y practicando la medicina defensiva. Parece ser que es el ocultamiento de información y no el incremento en detalle lo que puede relacionarse con la medicina defensiva.

Al analizar la literatura se encontró que la comunicación médico-paciente es un factor psicológico relevante en la problemática de la medicina defensiva. Tena, Sánchez, Rivera y Hernández (2003) afirman que la CONAMED reportó que, de las quejas que recibe, alrededor del 50% se deben a una deficiente comunicación médico-paciente. Escribà y Bernabé (2002) afirman que el mantener una buena relación de comunicación y confianza es fundamental para evitar ser demandado por mala práctica. Tena y Sánchez (2005) proponen la medicina asertiva como estrategia para contrarrestar la medicina defensiva, y mantener una comunicación adecuada con el paciente es la primera actitud que destacan en ella. Dada la importancia de la comunicación médico-paciente, se consideró que era más adecuado analizar las relaciones de esta con cada una de las otras dimensiones de la medicina defensiva, que analizar tan solo si era una dimensión diferenciable de las otras, y en consecuencia no se incluyó en el primer grupo de dimensiones, sino que se procedió a conformar un cuestionario aparte para ella.



Una vez que se ha definido el dominio, el investigador necesita formular reactivos específicos que se desprendan de la definición (Nunnally y Bernstein, 1994, p. 311). Carretero-Dios y Pérez (2005) recomiendan que tanto la definición como los reactivos sean evaluados por jueces.

En el caso de la medicina defensiva, se cuenta con un conjunto de reactivos que se han empleado con personal médico de nuestro país, hablamos de los contenidos en los cuestionarios elaborados por Sánchez-González et al. (2005) y de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008). Como era de esperarse, ninguno de los dos cuestionarios por sí solo contenía reactivos de todas las dimensiones de nuestro primer conjunto; sin embargo, el de Sánchez-González et al. (2005) incluía reactivos que podían corresponder a dos de nuestras seis dimensiones, y el Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) tenía reactivos que podían corresponder a las otras cuatro. Se seleccionaron estos reactivos y los demás fueron desechados, con ello se conformó un “primer grupo de reactivos base”.

En el caso del cuestionario de Sánchez-González et al. (2005) la selección se basó en los resultados presentados en este artículo. Se eliminaron los dos reactivos que según los autores eran distractores, dos reactivos que no mostraron diferencias significativas entre los médicos defensivos y los no defensivos, y tres reactivos que mostraron diferencias significativas entre grupos, pero que tanto los médicos defensivos como los no defensivos habían tenido frecuencias muy bajas de respuesta “si”. Con el apoyo de un psicólogo con experiencia en la elaboración de cuestionarios de auto-reporte se modificaron varios reactivos y se generaron otros.

En el caso del cuestionario de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008), se eliminaron diez reactivos que eran muy específicos al trabajo del médico de urgencias y difícilmente podían adaptarse a otras especialidades. Por ejemplo, el reactivo 2 “Tomo electrocardiograma a todo paciente que acude con dolor torácico”, o el reactivo 28 “Sólo egreso al paciente ante el visto bueno de mi superior”.

Uno de los indicadores (o dimensiones) del cuestionario de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008), el de "Información", estaba referido según los autores a "la forma en que al paciente o su responsable se le ocultan detalles sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, por parte del personal médico"; e incluía 14 reactivos, siete que correspondían a la medicina defensiva y siete a la no defensiva. Se tomaron esos 14 reactivos, y cuatro más que estaban en otros indicadores pero parecían corresponder a este, como base del cuestionario para medir "tipo de información que el médico proporciona al paciente".

Estos 18 reactivos y los otros 28 reactivos que se conservaron fueron remitidos a cinco médicos, con más de 20 años de experiencia, que aceptaron ayudarnos a conformar los cuestionarios; con la solicitud de que los evaluarán y trataran de ajustarlos a la práctica de cualquier especialidad médica, no solo a la de urgerciólogo, Así mismo se les solicitó elaborar nuevos reactivos si lo consideraban pertinente. En el Anexo 1 se presenta la información que acompañó a dicha solicitud.

Estos mismos cinco médicos, en entrevistas personales, evaluaron la pertinencia de nuestro primer grupo de dimensiones. Fungieron como jueces respecto a las mismas.

Tras el análisis de los reactivos por parte de los médicos, con base en sus sugerencias y con el apoyo del psicólogo al que nos referimos en un párrafo previo, se conservaron sin cambios varios reactivos, se modificaron otros y se elaboraron algunos más. Con ellos, y los resultantes del trabajo sobre los reactivos del cuestionario de Sánchez-González et al. (2005), se conformó un segundo grupo de reactivos. Con las sugerencias de los médicos también se afinaron las definiciones de nuestro primer conjunto de dimensiones.

Los reactivos de este segundo grupo se acomodaron en nuestras dimensiones para el cuestionario de medicina defensiva, de acuerdo a su supuesta correspondencia con las mismas. Se aseguró que cada dimensión tuviera al menos diez reactivos relacionados; en cinco de las seis dimensiones se confirmó que al menos cinco de los reactivos fueran de medicina defensiva y al menos otros cinco fueran de medicina no defensiva; en la otra dimensión todos fueron de medicina defensiva

(en la sección de resultados se indica el porqué de ello). Se considera que cinco era el número mínimo de reactivos, pues en el proceso de validación de constructo podrían eliminarse algunos y se requiere al menos tres reactivos para afirmar que se tiene un componente o factor y no solo un indicador.

Este acomodo de reactivos en las seis dimensiones, acompañado de las nuevas definiciones de cada dimensión y de los 18 reactivos correspondientes al cuestionario del tipo de información que el médico proporciona al paciente, fueron presentados a diez médicos (diferentes a los primeros cinco que nos ayudaron con los reactivos), a fin de realizar una validación de jueces respecto a la correspondencia entre los reactivos y las dimensiones a las que supuestamente pertenecían.

Las respuestas de estos 10 médicos fueron descargadas en una base de datos, asignando 1 a la respuesta "SI corresponde a la definición" y 0 a la respuesta "NO corresponde a la definición", para posteriormente ser sumados. Aquellos reactivos que obtuvieron una puntuación sumada igual o mayor a 8 se mantuvieron, los que obtuvieron una puntuación de 7 o menos se eliminaron, salvo un caso que era conceptualmente la definición de la medicina defensiva. Con lo anterior se consiguió que todos los reactivos a usar tuvieran un porcentaje de aceptación de 80% o más en la validación de jueces.

A los reactivos que se conservaron, se les incluyeron escalas de respuesta tipo Likert, con cinco valores posibles de frecuencia; de 1 (nunca o casi nunca) a 5 (siempre o casi siempre). La elección de una escala de frecuencia obedece a que la gran mayoría de los reactivos hacen referencia a conductas que el médico puede presentar, la frecuencia con la cual lo haga es un buen indicador de su tendencia a practicar la medicina defensiva.

## 2.- RESULTADOS

La elaboración de los cuestionarios propuestos en el presente estudio se compone de 3 pasos:

### 2.1.- Selección y Definición de Dimensiones a Medir en las Pruebas

Como se mencionó anteriormente, en el presente estudio la conceptualización que delimitó el dominio de contenido del cuestionario fue la derivada del análisis de las definiciones de medicina defensiva que aparecen en la literatura especializada. Tras el análisis de las definiciones de medicina defensiva en la literatura especializada, se seleccionaron las proporcionadas por Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008), la de Casa-Madrid (2007), la de Gascón et al. (2008), la de Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005a) y la de Guzmán et al. (2011):

#### 1.- Definición de medicina defensiva proporcionada por Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008):

Conjunto de conductas desarrolladas por los médicos, para evitar las demandas por mala praxis, consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aún aquellos de escasa efectividad o el evitar pacientes de alto riesgo, ocasionando gastos excesivos al paciente o al sistema de atención y sometiéndolo a riesgos evitables. (Chavarría Islas y González Rodríguez, 2008, p. 21).

#### 2.- Definición de medicina defensiva proporcionada por Casa-Madrid (2007):

El médico selecciona sus casos y rechaza o refiere a los que considera de riesgo, solicita múltiples estudios, -frecuentemente innecesarios- para evitar reclamos por omisión o falta de evidencias para su diagnóstico y tratamiento; realiza intervenciones quirúrgicas innecesarias o deja de hacer otras que sí lo son, para evitar quejas de sus pacientes y no verse involucrado en una demanda (Casa-Madrid, 2007, p. 50).

3.- Definición de medicina defensiva proporcionada por Gascón, Martínez-Jarreta, Casalod y Eva Andrés (2008):

Se prescriben todas las pruebas diagnósticas y todos los fármacos que el usuario solicite, para evitar protestas por las deficiencias del sistema (Gascón et al. 2008, p. 2).

4.- Definición de medicina defensiva proporcionada por Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005a):

El médico incrementa sin fundamento clínico el número de pruebas diagnósticas posibles, la referencia a otros especialistas, el número de consultas de seguimiento, el detalle de la información brindada y la documentación médica. El temor que experimenta el médico a ser demandado le obliga a pedir la opinión de otros colegas, pero no pensando en el beneficio al paciente, sino en la posibilidad de compartir responsabilidades en caso de una demanda, de hecho, algunos médicos han decidido retirarse de la práctica profesional y otros no aceptan atender pacientes graves (Tena-Tamayo y Sánchez-González, 2005a, p. 45).

5.- Definición de medicina defensiva proporcionada por Guzmán Shalkow, Palacios, Zelonka y Zurita, 2011:

Una práctica de la medicina en la que se solicita un número exagerado de análisis de laboratorio, de imagenología, de interconsultas, de referencia de pacientes, mayor estancia hospitalaria, prescripción innecesaria de medicamentos, diferimiento de procedimientos quirúrgicos, referencia a terceros niveles de atención médica o de alta especialidad, que el médico realiza consciente o inconscientemente con el propósito explícito de que ante la posibilidad de litigio o reclamación por parte del paciente o sus familiares, podrá justificar ante el juez que se cumplieron y se rebasaron las obligaciones de medios, de diagnóstico y seguimiento en el proceso de atención médica del paciente (Guzmán et al., 2011, p.1)

Al analizar las definiciones ya descritas, se observó que había similitudes pero también diferencias entre ellas y se consideró en su conjunto podrían contener todas las dimensiones que

conceptualmente conformaran la medicina defensiva, por lo que utilizando las frases contenidas en dicha definiciones, se ubicó un primer conjunto de dimensiones propuestas que incluyó las siguientes:

### **1.- Temor a ser demandado, evitación de conflicto.**

Esta dimensión corresponde a las siguientes frases de las definiciones:

- El temor que experimenta el médico a ser demandado le obliga a... (Tena-Tamayo y Sánchez- González, 2005a).
- Que el médico realiza consciente o inconscientemente con el propósito explícito de que ante la posibilidad de litigio o reclamación por parte del paciente o sus familiares... (Guzmán, et al., 2011).
- Evitar las demandas por mala praxis (Chavarría-Islas y González-Rodríguez, 2008).
- Evitar reclamos por omisión o falta de evidencias para su diagnóstico y tratamiento, evitar quejas de sus pacientes y no verse involucrado en una demanda (Casa-Madrid, 2007).
- Evitar protestas por las deficiencias del sistema (Gascón et al., 2007).

### **2.- Evitación de tratamiento de pacientes de riesgo.**

Esta dimensión corresponde a las siguientes frases de las definiciones:

- Se solicita un número exagerado de referencia de pacientes, a terceros niveles de atención médica o de alta especialidad (Guzmán et al., 2011).
- El médico incrementa sin fundamento clínico la referencia a otros especialistas (Tena Tamayo y Sánchez- González, 2005a).
- Rechaza o refiere los casos que considera de riesgo (Casa-Madrid, 2007).
- No aceptan atender pacientes graves (Tena-Tamayo y Sánchez-González, 2005a).
- Evitar pacientes de alto riesgo. (Chavarría-Islas y González-Rodríguez, 2008).

### **3.- Exceso de estudios solicitados.**

Esta dimensión corresponde a las siguientes frases de las definiciones:

- Se solicita un número exagerado de análisis de laboratorio, de imagenología (Guzmán et al., 2011).

- El médico incrementa sin fundamento clínico: el número de pruebas diagnósticas posibles (Tena-Tamayo y Sánchez- González. 2005a).
- Prescribe todas las pruebas diagnósticas que el usuario solicite (Gascón et al., 2007).

Esta dimensión corresponde también al factor Solicitud de Chavarría Islas y González Rodríguez (2008). “Solicitud: se refiere a la medida en que el médico de urgencias solicita estudios de laboratorio o gabinete en exceso para fundamentar el diagnóstico de su paciente”.

#### **4.- Exceso de interconsultas.**

Esta dimensión corresponde a las siguientes frases de las definiciones:

- Se solicita un número exagerado de interconsultas (Guzmán et al., 2011).
- pide la opinión de otros colegas, no en beneficio al paciente, sino por la posibilidad de compartir responsabilidades (Tena-Tamayo y Sánchez- González. 2005a).

Esta dimensión corresponde también a una parte de la definición del factor Decisión de Chavarría Islas y González Rodríguez (2008). “Decisión: magnitud en que el médico en urgencias realiza acciones de ingreso, egreso o interconsulta que requieran los pacientes evaluados en el servicio.”

#### **5.- Prescripción de tratamientos innecesarios.**

Esta dimensión corresponde a las siguientes frases de las definiciones:

- Hace prescripción innecesaria de medicamentos (Guzmán et al., 2011).
- Prescriben todos los fármacos que el usuario solicite (Gascón et al., 2007).

Esta dimensión corresponde también al factor Prescripción de Chavarría Islas y González Rodríguez (2008). “Prescripción: magnitud con la que el médico de urgencias extrema el tratamiento administrado al paciente acorde a su patología”.

## **6.- Prolongación innecesaria del tratamiento o la estancia hospitalaria.**

Esta dimensión corresponde a las siguientes frases de las definiciones:

- Se solicita mayor estancia hospitalaria (Guzmán et al., 2011).
- Extremar los procedimientos terapéuticos, aún aquellos de escasa efectividad (Chavarría Islas y González Rodríguez, 2008).
- Incremento, sin fundamento clínico... del número de consultas de seguimiento: Tena-Tamayo y Sánchez- González, 2005a).

Esta dimensión corresponde también a una parte de la definición del factor Decisión de Chavarría Islas y González Rodríguez (2008). “Decisión: magnitud en que el médico en urgencias realiza acciones de ingreso, egreso o interconsulta que requieran los pacientes evaluados en el servicio.”

## **7.- Realización innecesaria o diferimiento de procedimientos quirúrgicos:**

Esta dimensión corresponde a las siguientes frases de las definiciones:

- Realiza intervenciones quirúrgicas innecesarias” (Guzmán et al., 2011)
- Realiza intervenciones quirúrgicas innecesarias o deja de hacer otras que sí lo son (Casa-Madrid, 2007).

## **8.- Incremento de la información brindada:**

Esta dimensión fue propuesta derivado de lo siguiente:

Según Tena-Tamayo y Sánchez- González (2005a) una de las dimensiones de la medicina defensiva es que “El médico incrementa sin fundamento clínico... el detalle de la información brindada”.



Tras un segundo análisis de las dimensiones propuestas en la preselección se eliminaron dos de ellas por las siguientes razones:

**7.- Realización innecesaria o diferimiento de procedimientos quirúrgicos:**

Derivado de que el cuestionario propuesto en el presente trabajo pretende medir el nivel de medicina defensiva sin discriminar el tipo de especialización del profesional y no todos los médicos realizan procedimientos quirúrgicos, se tomó la decisión de eliminarla pues, esta dimensión solo sería relevante para los especialistas que con frecuencia realizan intervenciones quirúrgicas, lo que reduciría la población blanco del estudio motivo de la tesis.

**8.- Incremento de la información brindada:**

Con base en el análisis de la literatura especializada, observamos que la comunicación médico-paciente es un factor psicológico relevante en la problemática de la medicina defensiva. Como ya mencionamos, por un lado, Tena-Tamayo y Sánchez-González (2005a) señalan que en la medicina defensiva: “El médico incrementa sin fundamento clínico... el detalle de la información brindada”. Sin embargo, no se demuestra en su prueba, por otro lado, hay autores como Aranaz et al. (2006) y Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) que plantean que es el ocultamiento de información y no su incremento, lo que se relaciona con la medicina defensiva.

Dada la importancia de este factor, se tomó la decisión de eliminarlo del conjunto de dimensiones que medirían el nivel de medicina defensiva, pues consideramos que era más adecuado analizar las relaciones de esta con cada una de las otras dimensiones de la medicina defensiva, que analizar tan solo si era una dimensión diferenciable de las otras, por lo que procedimos a adaptar un cuestionario aparte para medir el tipo de información que el médico proporciona al paciente.

Derivado de lo anterior, de acuerdo a la literatura revisada, se considera que la medicina defensiva incluye 6 dimensiones relevantes que deben ser medidas y éstas son: el temor a ser demandado y la evitación de conflictos, la evitación de tratar pacientes de riesgo, el exceso de

solicitudes de estudios de laboratorio y gabinete para fundamentar el diagnóstico, el exceso de solicitudes de interconsultas, la prescripción de tratamientos innecesarios. Por otro lado, consideramos que el factor correspondiente a la comunicación entre médico y paciente debería ser tratado por separado; lo designamos Información Proporcionada y decidimos adaptar para este un cuestionario aparte.

### **Primeras definiciones de las 6 dimensiones seleccionadas para integrar el cuestionario de medicina defensiva:**

**1.- Temor a ser demandado, evitación de conflicto.** El temor a ser demandado, lleva al médico a exagerar o restringir demasiado el uso de recursos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente, y a tratar de evitar conflictos con el propio paciente y/o sus familiares.

**2.- Evitación de tratamiento de pacientes de riesgo.** Se refiere a la magnitud en que el médico rechaza o refiere pacientes. En la medicina defensiva se rechaza a los pacientes de alto riesgo y se incrementan sin fundamento clínico las referencias a otros especialistas.

**3.- Exceso de estudios solicitados.** Se refiere a cantidad de estudios de laboratorio o gabinete que el médico solicita para fundamentar el diagnóstico de su paciente. En la medicina defensiva se solicita un número exagerado de estos estudios, varios de los cuales no son necesarios.

**4.- Exceso de interconsultas.** Se refiere a la magnitud en que el médico realiza acciones de interconsulta para el diagnóstico o tratamiento de sus pacientes. En la medicina defensiva se exagera el número de interconsultas, pues el médico solicita la opinión de los colegas más por compartir responsabilidades que en beneficio del paciente.

**5.- Prescripción de tratamientos innecesarios.** Se refiere a la pertinencia o idoneidad de los medicamentos o los tratamientos que el médico prescribe a su paciente, de acuerdo su patología. En la medicina defensiva se prescriben medicamentos o se indican tratamientos que no son necesarios.

**6.- Prolongación innecesaria del tratamiento o la estancia hospitalaria.** Se refiere a la pertinencia o idoneidad con la que el médico realiza acciones de ingreso, permanencia y egreso de hospital para sus pacientes. En la medicina defensiva se solicita mayor estancia hospitalaria de la necesaria.

**Primera definición de la dimensión correspondiente al cuestionario de información proporcionada:**

**Información proporcionada.** Se refiere a la amplitud con la que el médico informa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, al paciente o a su responsable. En la medicina defensiva se ocultan detalles al respecto.

Con base en las observaciones hechas por el experto en la elaboración de cuestionarios de autoreporte y por los 5 médicos que colaboraron en la primera revisión de los reactivos, se ajustaron las primeras definiciones de las dimensiones, y se obtuvieron las definiciones finales.

**Definiciones finales de las 6 dimensiones seleccionadas para integrar el cuestionario de medicina defensiva y del factor Información proporcionada.**

- 1. Temor a ser demandado, evitación de conflictos.** El médico que practica la medicina defensiva siente temor a ser demandado, trata de evitar los conflictos e incluso puede pensar en abandonar la práctica médica.
- 2. Decisión ante pacientes de riesgo.** Se refiere al tipo de opción que el médico elige ante los pacientes de riesgo. Las afirmaciones no defensivas indican que el médico acepta atender este tipo de pacientes y los refiere solo cuando el caso lo amerita. Las afirmaciones defensivas indican que el médico rechaza o refiere los casos que considera de riesgo.
- 3. Estudios solicitados.** Se refiere al grado en el que el médico solicita estudios de laboratorio o gabinete para fundamentar el diagnóstico de sus pacientes. Las

afirmaciones no defensivas indican que solicita solo los estudios necesarios. Las afirmaciones defensivas indican que exagera el número de estudios solicitados.

4. **Solicitud de interconsultas.** Se refiere a la magnitud con la que el médico solicita interconsultas para el diagnóstico o el tratamiento de sus pacientes. Las afirmaciones no defensivas indican que pide la colaboración de otros colegas cuando es conveniente para el paciente. Las afirmaciones defensivas indican que pide un número de exagerado de interconsultas.
5. **Prescripción de tratamientos.** Se refiere al grado en el que el médico administra a sus pacientes el procedimiento terapéutico acorde a su patología. Las afirmaciones no defensivas indican que prescribe el tratamiento más adecuado. Las afirmaciones defensivas indican que extrema el tratamiento administrado.
6. **Ingreso y egreso hospitalario y duración del tratamiento.** Se refiere a la magnitud con la que el médico realiza acciones de remisión, ingreso y egreso de hospital y a la magnitud con la que prolonga el tratamiento de sus pacientes. Las afirmaciones no defensivas indican que realiza este tipo de acciones cuando son necesarias o que concluye el tratamiento cuando es conveniente para el paciente. Las afirmaciones defensivas indican que exagera las acciones de remisión o ingreso, que reduce o demora las acciones de egreso, o que prolonga innecesariamente el tratamiento.
7. **Información proporcionada.** Se refiere al grado de información que el médico proporciona al paciente y/o a su familiar. Las afirmaciones no defensivas indican que proporciona toda la información necesaria acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente. Las afirmaciones defensivas indican que oculta información relevante.

Estas definiciones finales se caracterizan por el énfasis de la conceptualización en que la medicina defensiva se manifiesta en las decisiones que toma el médico en puntos importantes de su práctica profesional, como son: si atiende o no a pacientes de riesgo, cuándo los remite a otros especialistas, qué tipo de estudios solicita (solo o los necesarios o también otros que no lo son) etc.

En otras palabras, lo que distingue a las definiciones finales de las primeras definiciones, es que en las finales se aborda puntualmente tanto lo que hace el médico al practicar la medicina defensiva como lo que hace al practicar la no defensiva. Estas definiciones finales fueron las que se enviaron a 10 médicos con la solicitud de que evaluaran si los reactivos propuestos correspondían a ellas o no.

## 2.2. Selección, Modificación y Elaboración de Reactivos

Tras el análisis de los cuestionarios elaborados por Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) y por Sánchez-González et al. (2005), la clasificación de los reactivos contenidos con base en las dimensiones encontradas se obtuvieron 56 posibles reactivos, de los cuales 7 reactivos corresponden a la dimensión “Temor a ser demandado, evitación de conflictos”; 3 reactivos corresponden a las prácticas defensivas de la dimensión “Decisión ante pacientes de riesgo”; 3 reactivos corresponden a las prácticas defensivas de la dimensión “Estudios solicitados” y 3 reactivos a prácticas no defensivas; 2 reactivos corresponden a las prácticas defensivas de la dimensión “Solicitud de interconsultas” y 2 reactivos a prácticas no defensivas; 5 reactivos corresponden a las prácticas defensivas de la dimensión “Prescripción de tratamientos” y 5 reactivos a prácticas no defensivas; 4 reactivos corresponden a las prácticas defensivas de la dimensión “Ingreso y egreso hospitalario y duración del tratamiento” y 4 reactivos a prácticas no defensivas; y por último, 9 reactivos corresponden a las prácticas defensivas de la dimensión “Información proporcionada” y 9 reactivos a prácticas no defensivas.

Para las dimensiones **“Temor a ser demandado, evitación de conflictos”** y **“Decisión ante pacientes de riesgo”** se tomó como base lo extraído por la literatura especializada y en el cuestionario elaborado por Sánchez-González et al. (2005). Como se dijo en la sección de método, de los 17 reactivos se eliminaron los dos “Distractores” (3. Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitarle costos excesivos; 16. Me siento seguro de las decisiones que tomo con mis pacientes) y dos reactivos sin diferencias entre médicos defensivos y no defensivos (12. Documento en el expediente clínico la mayor parte de las condiciones en que se da la atención del paciente; 13. Proporciono al paciente la mayor información posible para evitar problemas). De los 13 restantes, 10 se agruparon

en dos dimensiones, y los otros 3 se eliminaron (1. Utilizo más apoyo tecnológico para aumentar la certeza de mis decisiones, 7. Al seleccionar un procedimiento diagnóstico, empleo el que está a la vanguardia, 14. En la atención de los pacientes, trato de evitarles complicaciones) pues, no correspondían a dicha dimensión.

Para la dimensión “**Temor a ser demandado, evitación de conflictos**” se seleccionaron 7 reactivos que corresponden a esta dimensión, fueron analizados y con base en la literatura consultada y la ayuda del experto en elaboración de cuestionarios de autoreporte, se hizo lo siguiente:

1.- Se modificó la redacción de 6 reactivos con base en la siguiente justificación:

El original dice.	El modificado dice	Justificación
2. Frecuentemente siento temor a ser demandado.	Siento temor a ser demandado/a.	Se elimina “frecuentemente” pues las opciones de respuesta irán de Nunca a Siempre
4. Evito emplear procedimientos de alto riesgo.	Evito emplear procedimientos de alto riesgo por temor a una demanda.	Se agrega explícitamente el temor a la demanda.
6. Sólo empleo procedimientos de bajo riesgo.	Sólo empleo procedimientos de bajo riesgo para evitar ser demandado/a.	Se agrega explícitamente el temor a la demanda.
9. Al tomar decisiones sobre el paciente trato de complacerlo lo más posible.	Al tomar decisiones sobre el paciente, trato de complacerlo lo más posible para evitar conflictos.	Se agrega explícitamente el temor al conflicto.
10. He modificado mi práctica para evitar ser demandado.	He modificado mi práctica médica para evitar ser demandado/a.	Se especifica que se trata de la práctica médica para hacerlo más preciso.
15. Para asegurarme que no habrá problemas, cito al paciente con mayor frecuencia que antes	Para asegurarme que no habrá problemas, cito al paciente con más frecuencia de la necesaria.	Corresponde al aumento de consultas de seguimiento. Se acentúa la falta de fundamento y se elimina una referencia imprecisa (antes de qué).

2.-Se mantuvo de forma textual el reactivo “5. Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflicto.”

3.- Se elaboraron 3 reactivos:

- Solicito más estudios de los necesarios, para protegerme en caso de demanda.
- He pensado dejar la práctica de la medicina, por temor a ser demandado/a.

- Si observo que el paciente está inconforme con mi diagnóstico, solicito más estudios para evitar problemas.

Para este factor o dimensión no habrá reactivos de medicina no defensiva. Por tanto, el conjunto quedó formado por 10 reactivos. Este número de 10 es suficiente pues solo hay una subescala posible.

En el cuestionario elaborado por Sánchez-González et al. (2005) se ubicaron 3 reactivos que corresponden a la dimensión “**Decisión ante pacientes de riesgo**”, fueron analizados y con base en la literatura consultada y la ayuda del experto en elaboración de cuestionarios de autoreporte, se hizo lo siguiente:

1.- Se modificó la redacción de 1 reactivo con base en la siguiente justificación:

El original dice.	El modificado dice.	Justificación
17. Refiero con más frecuencia a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención.	Refiero a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención con mayor frecuencia de la necesaria.	Se acentúa la falta de fundamento y se elimina una frase imprecisa (con más frecuencia en comparación con qué).

2.- Se elaboraron 2 reactivos basados en el reactivo original con base en la siguiente justificación:

El original dice.	El modificado dice.	Justificación
11. Evito atender pacientes graves, complicados o conflictivos	Evito atender pacientes graves.	Se divide en dos para mayor precisión.
	Evito atender pacientes complicados o conflictivos	

3.- Se mantuvo de forma textual el reactivo “8. Evito atender a pacientes con situaciones de urgencia”.

4.- Se elaboró el reactivo “A los pacientes que considero de riesgo, los refiero a otros especialistas o a otro nivel de atención.”

5.- Tomando como base los reactivos modificados y elaborados que corresponden a la práctica de medicina defensiva, se elaboraron 5 reactivos correspondientes a acciones no defensivas, a continuación se presentan los reactivos no defensivos elaborados:

NO DEFENSIVOS ELABORADOS	DEFENSIVOS
Acepto atender a pacientes con situaciones de urgencia.	Evito atender a pacientes con situaciones de urgencia.
Acepto atender pacientes graves.	Evito atender pacientes graves.
Acepto atender pacientes complicados o conflictivos	Evito atender pacientes complicados o conflictivos
Refiero a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención sólo cuando su padecimiento lo requiere.	Refiero a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención con mayor frecuencia de la necesaria.
Atiendo a los pacientes que corresponden a mi especialidad, aun cuando se trata de pacientes de riesgo.	A los pacientes que considero de riesgo, los refiero a otros especialistas o a otro nivel de atención.

Para este factor o dimensión, el conjunto quedó formado por 10 reactivos (5 en cada posible subescala).

Para las dimensiones “Exceso de estudios solicitados”, “Exceso de interconsultas”, “Prescripción de tratamientos innecesarios” y “Prolongación innecesaria del tratamiento o la estancia hospitalaria”, y para la adaptación del cuestionario de “Información proporcionada”, se utilizó como base el cuestionario elaborado por Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008), que se encuentra conformado por 56 reactivos agrupados en cuatro factores: Solicitud, Prescripción, Información y Decisión: Cada factor incluye 14 reactivos, siete de medicina defensiva y siete de medicina no defensiva.

Como se mencionó en la sección de método, para seleccionar los reactivos que se utilizarían como base para las 4 dimensiones restantes designadas al cuestionario de medicina defensiva propuesto en el presente estudio, se hizo una preselección en la cual se eliminaron 28 por lo que se relata a continuación:

- Se eliminaron seis reactivos del factor **Solicitud** por especificidad para el caso de urgencias (2. Tomo electrocardiograma a todo paciente que acude con dolor torácico; 3. A todo paciente independientemente del grado de traumatismo craneoencefálico le solicito tomografía; 4. En general a los pacientes que acuden por dolor abdominal les efectuó ultrasonido; 41. Acorde a las características del dolor torácico decido a quien realizar electrocardiograma; 40. Dependiendo de la gravedad del estado neurológico del paciente con traumatismo craneoencefálico solicito la tomografía; 39. De acuerdo a la semiología del dolor abdominal



decido realizar o no ultrasonido abdominal al paciente) y se mandaron dos al constructo **Información proporcionada**.

- Se eliminaron dos reactivos de **Prescripción** por especificidad (8. Ante un proceso infeccioso lo mejor es iniciar tratamiento con antibióticos de última generación; 35. Inicio manejo con antibióticos acorde al germen causal más frecuente en el proceso infeccioso) y se mandaron dos al constructo **Información proporcionada**.
- Se eliminaron dos reactivos defensivos de **Decisión** por especificidad (28. Sólo egreso al paciente ante el visto bueno de mi superior; 56. Nunca doy de alta a nadie sin el visto bueno de mi superior).
- Se separaron los 14 reactivos originales designados al factor **Información proporcionada**.

Respecto al factor “**Información proporcionada**”, se mantuvieron los 14 reactivos originales, se agregaron 2 que se encontraban contenidos en el factor solicitud (7. No doy detalles al paciente de las desventajas de los estudios que requiere para su diagnóstico; 36. Explico al paciente la utilidad de los estudios que requiere para su diagnóstico.) y 2 más contenidos en el factor prescripción (14. No doy detalles de las ventajas y desventajas del tratamiento a mi paciente; 29. Explico al paciente las ventajas y desventajas del tratamiento.) Estos 18 reactivos fueron utilizados como base para conformar los reactivos de la adaptación del cuestionario de información proporcionada.

Dado que varios de los 46 reactivos seleccionados (28 de las dimensiones y 18 de Información proporcionada) parecían requerir modificaciones para poderse aplicar a médicos que no estuvieran en un servicio de Urgencias, fueron remitidos a siete médicos, de distintas especialidades, con la solicitud de que los revisaran y de ser el caso los modificaran para poderlos aplicar a médicos de diferentes especialidades (ver anexo 1). Cinco de ellos respondieron y con su colaboración no solo se reestructuraron varios reactivos sino también se generaron otros.

Para la dimensión “**Estudios solicitados**” se modificaron 5 reactivos; 1 se mantuvo de forma textual y se elaboraron 2 reactivos defensivos y sus 2 reactivos no defensivos correspondientes tal y como se explica a continuación:

Los reactivos originales contenidos en el cuestionario elaborado por Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) que sufrieron modificaciones con la justificación correspondiente son los siguientes:

<b>NO DEFENSIVOS</b>		
<b>Reactivo original</b>	<b>Reactivo modificado</b>	<b>Justificación</b>
42. Pido los estudios pertinentes para confirmar el diagnóstico de mi paciente	En la consulta, pido a mis pacientes solo los estudios pertinentes para corroborar mi impresión diagnóstica	Se agregó "en la consulta" para generalizar, y la palabra "solo" para enfatizar el contenido no defensivo. Sostituimos "el diagnóstico" por "mi impresión diagnóstica" con base en el señalamiento del Dr. 2: "la impresión diagnóstica es clínica, los estudios se solicitan para corroboración de la impresión diagnóstica".
38. Me rehúso, ante la insistencia del paciente, a realizarle los estudios que solicita.	Ante la insistencia del paciente de realizarle los estudios que solicita, le doy información amplia sobre lo innecesario de los mismos.	Cambio propuesto por el Dr. 1, los demás médicos concordaron con él.
37. Valoro que estudios adicionales requieren mis pacientes internados en observación para emitir un diagnóstico.	Para mis pacientes en el área de Observación, valoro qué estudios adicionales son necesarios para confirmar mi impresión diagnóstica.	El Dr. 1 propuso el cambio: "Siempre valoro qué estudios adicionales son necesarios para confirmar mi impresión diagnóstica en el área de Observación". Los otros médicos revisaron propusieron eliminar "siempre", y agregar "para mis pacientes"; se cambió el orden para una mejor comprensión.

<b>DEFENSIVOS</b>		
<b>Reactivo original</b>	<b>Reactivo modificado</b>	<b>Justificación</b>
1. Solicito a mis pacientes todos los estudios posibles para su diagnóstico.	En la consulta, solicito a mis pacientes todos los estudios posibles para su diagnóstico.	Se sugirió agregar "en la consulta para generalizar y los 5 médico concordaron
6. A todos mis pacientes en observación les solicito nuevamente todos los estudios posibles para realizar el diagnóstico.	A todos mis pacientes en el área de Observación les solicito todos los estudios posibles para realizar mi impresión diagnóstica.	Se hizo el cambio de "diagnóstico" por "impresión diagnóstica" derivado del señalamiento del Dr. 2: "la impresión diagnóstica es clínica, los estudios se solicitan para corroboración de la impresión diagnóstica".

El reactivo "5. Ante la insistencia del paciente accedo a realizar los estudios que él solicita." se mantuvo de forma textual.

Los reactivos elaborados son los siguientes:

NO DEFENSIVOS ELABORADOS	DEFENSIVOS ELABORADOS
Para poder dar de alta a un paciente revaloro, y de acuerdo a su evolución solicito o no estudios adicionales.	Antes de dar de alta a un paciente, le solicito el mayor número de estudios posible.
Al regresar un paciente por falta de respuesta al tratamiento, revaloro y solicito solo los estudios necesarios.	Si un paciente regresa por persistencia de su sintomatología, revaloro y solicito el mayor número de estudios posible.

Al analizar los reactivos correspondientes a la dimensión “**Solicitud de interconsultas**”, se decidió dividir el reactivo “22. Pido interconsulta a otros especialistas si el paciente lo amerita” en 2 para mayor precisión, dando como resultado “Pido interconsulta a otros especialistas para elaborar el diagnóstico solo si el caso lo amerita” y “En el tratamiento de mis pacientes, solicito interconsultas solo si el caso lo requiere.”, ello con la finalidad de otorgarles mayor precisión. Por la misma razón el reactivo “50. Siempre involucro a otros especialistas durante el manejo de mi paciente en su diagnóstico y tratamiento.” se dividió en 2, dando como resultado el reactivo “Involucro a otros especialistas en el diagnóstico de todos mis pacientes.” y el reactivo “Involucro a otros especialistas en el tratamiento de todos mis pacientes.” Se modificaron 2 reactivos del cuestionario elaborado por Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) y se elaboraron 2 reactivos defensivos y sus 2 reactivos no defensivos correspondientes tal y como se explica a continuación:

Los reactivos originales contenidos en el cuestionario elaborado por Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) que sufrieron modificaciones con la justificación correspondiente son los siguientes:

NO DEFENSIVOS		
Reactivo original	Reactivo modificado	Justificación
23. Revaloro al paciente y tomo las decisiones de egreso acorde a mi criterio propio	Para poder dar de alta a un paciente revaloré, y de acuerdo a su evolución solicito o no la opinión de otros especialistas para tomar la decisión.	Tres médicos encontraron adecuado en general el original. El Dr. 4 agregó: “Y de acuerdo a las indicaciones del especialista, si valoré al paciente”. El Dr. 5 lo cambió por: “Revaloro al paciente y tomo las decisiones de acuerdo a la evolución del paciente para poder darlo de alta”. La modificación final fue el resultado de estas dos propuestas.

DEFENSIVOS		
Reactivo original	Reactivo modificado	Justificación
51. Me abstengo de egresar al paciente si éste no ha sido valorado por algún especialista	Me abstengo de dar de alta al paciente si éste no ha sido valorado por otro especialista.	Dos médicos aceptaron el original, dos hicieron señalamientos no defensivos. El Dr. 5 sugirió sustituir “egresar” por “dar de alta”, que sería lo adecuado si el paciente no está hospitalizado.

Los reactivos elaborados son los siguientes:

NO DEFENSIVOS ELABORADOS	DEFENSIVOS ELABORADOS
Para egresar a mis pacientes hospitalizados, los revaloro y solo si el caso lo amerita solicito interconsultas para tomar la decisión.	A mis pacientes hospitalizados, me abstengo de egresarlos si no han sido valorados por otro especialista.
Solicito solo las interconsultas que pueden repercutir en beneficio de mi paciente.	Solicito más interconsultas de las necesarias, para poder compartir responsabilidades con otros médicos.

Para la dimensión “**Prescripción de tratamientos**” se modificaron 7 reactivos; 3 se mantuvieron de forma textual y se elaboraron 3 reactivos y tal y como se explica a continuación:

Los reactivos originales contenidos en el cuestionario elaborado por Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) que sufrieron modificaciones con la justificación correspondiente son los siguientes:

NO DEFENSIVOS		
Reactivo original	Reactivo modificado	Justificación
34. Antes de prescribir medicamentos de reciente aparición, hago una revisión de la literatura antes de indicar algún medicamento a mis pacientes.	Antes de prescribir medicamentos de reciente aparición, hago una revisión de su farmacología y de sus resultados clínicos.	Cambio propuesto por el Dr. 1 y aceptado por los doctores restantes.
33. Ante la insistencia de mi paciente a determinado tratamiento, rehúso al tratamiento sugerido por él.	Ante la insistencia del paciente de prescribirle determinado tratamiento, le informo sobre su eficacia y los efectos o reacciones secundarias que pudiera ocasionarle.	Cambio propuesto por el Dr. 1: Al agregar “le doy información amplia sobre su...”, se cambia la respuesta del médico de simplemente rehusarse a la de informar al paciente.
32. Permito al paciente elegir el procedimiento terapéutico sugerido por mí.	Permito al paciente elegir algún procedimiento terapéutico, después de darle opciones y la información amplia sobre su eficacia y los efectos o reacciones secundarias que pudieran ocasionarle.	Cambio propuesto por el Dr. 1 y aceptado por los doctores restantes.

31. Inicio tratamiento apegado a la patología en agudo con la que acude mi paciente.	Si el paciente se presenta con molestias severas, inicio tratamiento apegado a la patología en agudo con la que acude.	El Dr. 2 encontró ambigua la original y no necesariamente no defensiva. El Dr. 1 agregó: "si el paciente se presenta con molestias severas" para hacerla semejante a una situación en la que se acude a Urgencias de un hospital.
30. Indico a mi paciente el plan terapéutico más adecuado a su patología.	Prescribo a mi paciente el plan terapéutico más adecuado a su patología.	Cuatro médicos encontraron adecuado el original, pero el quinto propuso agregar "Así como los efectos secundarios con los que estoy familiarizado" lo que indica que interpretó "indico" como "explico" y no como "recomiendo". Por tanto, sustituimos "indico" por "prescribo".

<b>DEFENSIVOS</b>		
<b>Reactivo original</b>	<b>Reactivo modificado</b>	<b>Justificación</b>
11. Presiono a mi paciente para que acepte determinado procedimiento terapéutico.	Presiono al paciente para que acepte el procedimiento terapéutico que yo elegí, aunque existan otras opciones válidas.	Con base en las observaciones de los doctores 1 y 2 se modificó para limitar la posibilidad de elección del paciente y, al señalar que existen opciones válidas, se elimina que esto se deba a limitación terapéutica del médico.
12. Administro a mis pacientes tratamiento para cada una de las patologías agudas y crónicas con las que se presenta al servicio de urgencias	Si el paciente acude con molestias severas, administro tratamiento para cada una de las patologías agudas y crónicas con las que se presenta.	Con base en las observaciones de los doctores Sostituimos "al servicio de Urgencias" por "si el paciente se presenta con molestias severas" para adecuarla a los médicos que no trabajan en Urgencias.

Los reactivos "9. Administro a mis pacientes lo último en medicamentos recomendados por los laboratorios farmacéuticos.", "10. Si mi paciente insiste en determinado tratamiento accedo a indicárselo" y "13. Administro todos los planes terapéuticos existentes para la patología de fondo de mi paciente." se mantuvieron de forma textual.

Basándonos en el reactivo 31 y las observaciones del Dr. 2, se elaboró el reactivo defensivo “Indico tratamiento sintomático, aunque no trate la patología de fondo (causa de los síntomas) de mis pacientes.”, con base en el reactivo 12 y las observaciones del Dr. 1, se elaboró el reactivo no defensivo “Si el paciente acude con molestias severas, prescribo tratamiento para las patologías de fondo con las que se presenta.” y por último, basándonos en el reactivo 13 y las observaciones del Dr. 1, se elaboró el reactivo defensivo “Prescribo a mis pacientes medicamentos adicionales al tratamiento idóneo.”

Para la dimensión “**Ingreso y egreso hospitalario y duración del tratamiento**” se modificaron 7 reactivos y se elaboraron 3 reactivos y tal y como se explica a continuación:

Los reactivos originales contenidos en el cuestionario elaborado por Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) que sufrieron modificaciones con la justificación correspondiente son los siguientes:

<b>NO DEFENSIVOS</b>		
<b>Reactivo original</b>	<b>Reactivo modificado</b>	<b>Justificación</b>
24. Al estar en consulta, valoro que pacientes deben de ingresar y cuáles pueden ser ambulatorios	Al estar en consulta, evaluó qué pacientes deben acudir a hospital para ser valorados y cuáles no.	El Dr. 3 propuso cambiar “que pacientes deben de ingresar y cuáles pueden ser ambulatorios” por “qué pacientes deben acudir a hospital para ser valorados y cuáles no.” para adecuar el reactivo para médicos que no trabajan en Urgencias. Cambiamos “valoro” por “evaluó” pues serán valorados en el hospital.
25. En observación valoro cuales de mis pacientes pueden egresarse y cuales deben de hospitalizarse en piso	En el área de Observación valoro cuáles de mis pacientes pueden egresarse y cuáles deben permanecer hospitalizados.	Con base en algunos cambios del Dr. 1 modificamos “hospitalizarse en piso” por “permanecer hospitalizados” pues la decisión egreso- hospitalización en piso es más común en los médicos de Urgencias que en otros especialistas.
27. Si un paciente regresa por persistencia de su sintomatología, valoro si requiere ingresarse o sólo ajustarse su tratamiento.	Si un paciente regresa por persistencia de su sintomatología revaloro, y analizo si debe acudir a hospital o debo tomar otras medidas.	Fue modificado con base en la propuesta del Dr. 3: “Si un paciente regresa por persistencia de su sintomatología, valoro nuevamente para poder tomar decisiones”. Agregamos la referencia a la hospitalización.

<b>DEFENSIVOS</b>		
<b>Reactivo original</b>	<b>Reactivo modificado</b>	<b>Justificación</b>
52. Ingreso a observación a la mayoría de los pacientes que atiendo en la consulta.	Al estar en consulta, remito a la gran mayoría mis pacientes a hospital para ser valorados.	Fue modificado con base en la propuesta no defensiva del Dr. 3: "Al estar en consulta, valoro qué pacientes deben acudir a hospital para ser valorados y cuáles no"; correspondiente a la versión no defensiva de este reactivo.
53. Al pasar visita en observación solicito ingreso a piso de todos mis pacientes	Al pasar visita en el área de Observación, solicito ingreso a piso de todos mis pacientes	Se agregó "área de Observación" con base en las observaciones del Dr. 1.
54. Ante la posibilidad de que pueda reingresar el paciente decido dejarlo internado y diferir su alta.	Ante la más pequeña posibilidad de que el paciente pueda recaer, decido continuar el tratamiento y diferir su alta.	Respecto al original, el Dr. 2 señaló que hacer lo contrario podría ser una imprudencia dependiendo del caso. El Dr. 4 señaló "si el riesgo de reingreso del paciente es mayor al beneficio del alta, se considera mantenerlo hospitalizado". El Dr. 3 lo cambió por "Ante la posibilidad de que el paciente pueda recaer, decido continuar el tratamiento y diferir su alta".
55. Al regresar un paciente por falta de respuesta al tratamiento decido ingresarlo al servicio.	A mis pacientes que regresan a consulta por falta de respuesta al tratamiento, los remito a hospital para que sean valorados.	El Dr. 2 señaló "hacer lo contrario podría ser una imprudencia dependiendo del caso". Incluimos "a consulta" y cambiamos la última parte para adecuar el reactivo a médicos que no son de Urgencias, se incluyó "mis pacientes" en plural para hacer el caso general y por tanto defensivo..

Con base en la definición de Guzmán et al (2011) "se solicita mayor estancia hospitalaria, se elaboraron el reactivo no defensivo "Para mis pacientes, solicito solo la estancia hospitalaria necesaria." y el reactivo defensivo "Por precaución, solicito mayor estancia hospitalaria de la necesaria para mis pacientes."

Con base en el reactivo "26. Doy de alta al paciente explicándole las características de su padecimiento y la posibilidad de reagudizaciones", el Dr. 3 argumentó que la decisión de dar de alta debe tomarse pensando en el bienestar del paciente por lo que se elaboró el reactivo no defensivo "Doy de alta a mi paciente cuando el riesgo de recaídas o complicaciones es menor que los beneficios del alta". El reactivo original 26 de eliminó.

Para la adaptación del cuestionario “**Información proporcionada**” se modificaron 14 reactivos y 4 se mantuvieron de forma textual, tal y como se explica a continuación:

Los reactivos originales contenidos en el cuestionario elaborado por Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) que sufrieron modificaciones con la justificación correspondiente son los siguientes:

NO DEFENSIVOS		
Reactivo original	Reactivo modificado	Justificación
15. Informo a mi paciente acerca de su padecimiento.	Informo a mi paciente acerca de su padecimiento, procurando hacerlo en el momento idóneo.	El Dr. 2 hizo un señalamiento amplio agregando “procurando encontrar el momento idóneo para hacerlo, <u>preferentemente en compañía de un familiar o responsable legal</u> ”. Hicimos la redacción más directa eliminando lo subrayado porque incluirlo hace muy complejo el reactivo.
16. Comunico a mi paciente en forma explícita el reporte de los exámenes de laboratorio o gabinete que se le practicaron.	65. Comunico a mi paciente en forma explícita el reporte de los estudios que se le practicaron.	Cambiamos “exámenes de laboratorio y gabinete” por “estudios” para generalizar.
18. Informo al familiar de mi paciente en forma detallada cada uno de los pormenores de la evolución del paciente.	Informo a mi paciente, y/o a su familiar, en forma detallada y veraz de los pormenores de su evolución.	Con base en el señalamiento hecho por el Dr. 4 se agregó “veraz”. Agregamos “al paciente” porque en caso de estar en condiciones es a quien se le informa y eliminamos “cada uno” pues es redundante.
20. Le <del>notifiqué</del> <u>notifiqué</u> a mi paciente qué estudios serán necesarios de acuerdo a la sospecha diagnóstica con la que ingresa.	Al ingresar un paciente, le notifico qué estudios serán necesarios de acuerdo a mi sospecha diagnóstica.	El Dr. 3 lo cambió para adecuarlo a distintas especialidades.
36. Explico al paciente la utilidad de los estudios que requiere para su diagnóstico.	Explico al paciente la utilidad y desventajas de los estudios que requiere para su diagnóstico	Agregamos “y desventajas” porque es la omisión de ellas a las que se refiere el reactivo correspondiente defensivo original.

DEFENSIVOS		
Reactivo original	Reactivo modificado	Justificación
43. Omito notificar a mi paciente su diagnóstico.	Omiso notificar a mi paciente su diagnóstico cuando considero que lo malinterpretará.	Tomamos en cuenta el señalamiento del Dr. 2: “dependiendo del diagnóstico, un paciente deprimido con tendencias suicidas corre el riesgo de un desenlace funesto. Todo dependerá del caso particular y agregamos “cuando considero que lo malinterpretará”.
44. Me reservo el notificar los estudios practicados a mi paciente.	Me reservo el notificar a mi paciente los resultados de los estudios que le fueron practicados.	Modificado para especificar que es al paciente al que no se le notifica y que son los resultados y no los estudios mismos el motivo de la omisión de información.



45. No manifiesto a mi paciente los efectos secundarios o complicaciones de determinado procedimiento terapéutico.	Omito informar al paciente los efectos colaterales del tratamiento que está por recibir.	Elaboramos la modificación con base en el correspondiente no defensivo original 17.
46. Al dar informes al familiar de mi paciente omito detalles que puedan ser malinterpretados	Al dar informes de su evolución a mi paciente, y/o su familiar, omito detalles que puedan ser malinterpretados	Agregamos “a mi paciente” pues si se encuentra consiente es a quien se le informa, se agregó “de su evolución” porque es a lo que se refiere el correspondiente no defensivo original 18.
47. Siempre reporto a todos mis pacientes que reviso en urgencias como graves a su familiar.	Reporto a mis pacientes más graves de lo que en realidad están a su familiar	Tres médicos aceptaron el original y dos hicieron comentarios no defensivos. Eliminamos “siempre” por el tipo de respuesta (nunca-siempre), y “que reviso en urgencia” para hacerlo más general. Sustituimos “graves” por “más graves de lo que en realidad están” para adecuarlo a médicos que no son de Urgencias.
48. Al ingresar un paciente le comunico que se le efectuarán todo tipo de estudios y tratamientos	Al ingresar un paciente le comunico que se le efectuarán todo tipo de estudios y tratamientos, aunque sé que algunos no son necesarios.	Con base en el señalamiento del Dr. 2 “Planteamiento con ambigüedad toda vez que es lo que debería hacerse idealmente, y es lo que espera el paciente que haga el médico”. Agregamos “Aunque sé que algunos no son necesarios” para enfatizar el carácter defensivo del reactivo.
49. No notifico al paciente las consecuencias de su padecimiento.	Omito informar al paciente las consecuencias de su padecimiento.	Sustituimos “No notifico al paciente” por “Omito informar al paciente” para evitar el uso de frases negativas.
7. No doy detalles al paciente de las desventajas de los estudios que requiere para su diagnóstico.	Evito dar detalles al paciente de las desventajas de los estudios que requiere para su diagnóstico.	Sustituimos “No doy detalles” por “Evito dar detalles” para evitar el uso de frases negativas.
14. No doy detalles de las ventajas y desventajas del tratamiento a mi paciente.	Evito dar detalles a mi paciente de las ventajas y desventajas de su tratamiento.	Sustituimos “No doy detalles” por “Evito dar detalles” para evitar el uso de frases negativas

Los reactivos “17. Notifico al paciente los efectos colaterales del tratamiento que está por recibir.”, “19. Doy un reporte del estado de salud del paciente conforme a su estado real a su familiar.”, “21. Comunico los efectos y secuelas derivados de su padecimiento al paciente.” y “29. Explico al paciente las ventajas y desventajas del tratamiento.” se mantuvieron de forma textual.

Cabe señalar que en el cuestionario de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) los reactivos 7 y 36 eran del factor “Solicitud” y los reactivos 14 y 29 pertenecían al factor “Prescripción”.

El resultado de todo lo anterior fue un conjunto de 81 reactivos; 63 de éstos corresponden al cuestionario de Medicina Defensiva, distribuidos en las 6 dimensiones que elaboramos previamente, de la siguiente manera: 1) “Temor a ser demandado, evitación de conflictos”, 10 reactivos que se refieren a conductas defensivas, 2) “Decisión ante pacientes de riesgo”, 10 reactivos, 5 corresponden a conductas defensivas y 5 a conductas no defensivas; 3) “Estudios solicitados”, 10 reactivos, 5 que corresponden a conductas defensivas y 5 a conductas no defensivas; 4) “Solicitud de interconsultas”, 10 reactivos, 5 correspondientes a conductas defensivas y 5 a conductas no defensivas; 5) “Prescripción de tratamientos”, 13 reactivos, 7 de ellos corresponden a conductas defensivas y 6 a conductas no defensivas; y 6) “Ingreso y egreso hospitalario y duración del tratamiento”, 10 reactivos, 5 correspondientes a conductas defensivas y 5 a conductas no defensivas. Los 18 reactivos restantes son los correspondientes al cuestionario adaptado para medir la Información proporcionada, de los cuales 9 se refieren a conductas defensivas y 9 a conductas no defensivas.

### **2.3. Validación por Jueces de las Correspondencias entre Dimensiones y Reactivos**

El cuestionario formado con estos 81 reactivos distribuidos en las 6 dimensiones correspondientes a Medicina defensiva y la correspondiente a Información Proporcionada, fue entregado a los 10 médicos de distintas especialidades para que emitieran su opinión respecto a si las afirmaciones corresponden a la definición final de cada una de las dimensiones que como se explicó anteriormente, fueron elaboradas a partir del análisis hecho en la bibliografía consultada (ver anexo 2, en el cual se incluye sólo una parte del cuestionario proporcionado a los médicos), arrojó los siguientes resultados:

- En las calificaciones se observó que el médico más estricto, rechazó 25 reactivos y el menos estricto rechazó solo 2, la media de rechazos fue de 10.2.
- Se mantuvieron 76 reactivos que de acuerdo a 8 o más jueces (80%) correspondían a las dimensiones a las que estaban asignados, 58 del cuestionario de *Medicina defensiva* y 18 del cuestionario de *Información proporcionada*.



**Tabla 2. Reactivos correspondientes a la Información proporcionada.**

		REACTIVOS INFORMACIÓN PROPORCIONADA																	
		no defensivas									defensivas								
		64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81
IUECES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1
	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	7	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1
	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
	9	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL		10	9	8	9	10	9	8	9	8	9	8	8	9	8	8	8	9	9

La versión final del cuestionario para medir la medicina defensiva quedó conformada por 59 reactivos, a los cuales se le asignó números al azar para distribuirlos aleatoriamente, 8 de éstos corresponden a la dimensión “Temor a ser demandado, evitación de conflictos”, 10 corresponden a la dimensión “Decisión ante pacientes de riesgo”, 5 corresponden a conductas defensivas y 5 a conductas no defensivas; 10 corresponden a la dimensión “Estudios solicitados”, 5 corresponden a conductas defensivas y 5 a conductas no defensivas; 10 corresponden a la dimensión “Solicitud de interconsultas”, 5 corresponden a conductas defensivas y 5 a conductas no defensivas; 11 corresponden a la dimensión “Prescripción de tratamientos”, 6 corresponden a conductas defensivas y 5 a conductas no defensivas; y 10 corresponden a la dimensión “Ingreso y egreso hospitalario y duración del tratamiento”, 5 corresponden a conductas defensivas y 5 a conductas no defensivas. A cada reactivo se le agregó una escala tipo Likert de frecuencia, con cinco opciones de respuesta, de nunca o casi nunca (1) a siempre o casi siempre (5) (ver anexo 3).

La adaptación del cuestionario para medir la Información proporcionada quedó compuesta por 18 reactivos, de los cuales 9 se relacionan con la medicina defensiva y 9 con la medicina no defensiva, éstos también se distribuyeron aleatoriamente y se les agregó una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta de nunca o casi nunca (1) a siempre o casi siempre (5) (ver anexo 4).

### 3. DISCUSIÓN Y, CONCLUSIONES ~~Y~~ PROSPECTIVA

Uno de los objetivos de este trabajo fue la elaboración de un cuestionario multidimensional para medir el grado de medicina defensiva que se practica. Para lograr esto de una forma ortodoxa y debido a que la medicina defensiva puede considerarse como un constructo, se siguieron las indicaciones referentes a la construcción de una prueba diseñada para validación de constructo propuestas por Nunnally y Beristein (1994).

Como se mencionó en la sección de *Procedimiento*, Nunnally y Bernstein (1994, pp. 86-87) afirman que hay tres aspectos principales en la validación de constructo: (1) especificar el dominio de variables observables relacionadas al constructo; (2) determinar la magnitud con la que las variables observadas tienden a medir la misma cosa o varias cosas diferentes y; (3) determinar el grado de coincidencia entre las relaciones que muestra la medición del constructo con otras variables y lo que se espera de acuerdo a la teoría vinculada al constructo.

Con respecto al primer aspecto, los autores hacen tres señalamientos: a) una prueba diseñada para validez de constructo se desarrolla a partir de una teoría que delimita el dominio de contenido de la prueba (Nunnally y Bernstein, 1994, p. 310); b) el investigador “debe ser capaz de describir las propiedades del atributo que será medido” (Nunnally y Bernstein, 1994, p. 311), c) posteriormente requiere formular reactivos específicos que se desprendan de la definición (Nunnally y Bernstein, 1994, p. 311). Carretero-Dios y Pérez (2005) recomiendan que tanto la definición como los reactivos sean evaluados por jueces.

Como se señala en el inciso *Concepto e instrumentos de medición* del apartado *Medicina defensiva*, al analizar diferentes definiciones presentadas en la literatura especializada resulta claro que el concepto de medicina defensiva es multidimensional, pues incluye diferentes aspectos del comportamiento de los médicos que la practican. También es claro que entre estas definiciones hay semejanzas, pero también diferencias.

Con base en lo anterior, consideramos que para cubrir el primero de los aspectos señalados por Nunnally y Bernstein (1994) el de desarrollar la prueba a partir de una teoría que delimite el dominio de contenido de la misma, debíamos basarnos en definiciones presentadas en la literatura especializada, pero no en una sino en varias, que en conjunto incluyeran todos los componentes relevantes de la práctica de la medicina defensiva.

En la sección de *Procedimiento* se indicó que se seleccionaron cinco definiciones y a partir del análisis de las mismas se ubicaron seis elementos componentes de la práctica de la medicina defensiva, asignando un nombre y elaborando una definición para cada uno de ellos. Se mencionó que estos fueron presentados a cinco médicos con más de 20 años de experiencia profesional que evaluaron la pertinencia de los mismos e hicieron sugerencias que nos llevaron a elaborar un conjunto final de seis dimensiones con sus respectivos nombres y definiciones.

En la sección de *Resultados* se especificó qué partes de cuáles definiciones llevaron a la delimitación de cada una de las seis dimensiones ubicadas, y se presentaron los nombres y definiciones de las mismas; tanto los primeros, previos a la revisión de los cinco médicos que fungieron como jueces, como los finales, resultantes de integrar las sugerencias de dichos médicos y de un psicólogo con experiencia en elaboración de cuestionarios de auto-reporte. Con lo anterior se cubrió el segundo de los aspectos señalados por Nunnally y Bernstein (1994) el de describir las propiedades del atributo que será medido, y se respetó la recomendación de Carretero-Dios y Pérez (2005) al respecto de que las definiciones sean evaluadas por jueces.

En la sección de *Resultados* se afirma que las definiciones finales de las dimensiones que conforman la medicina defensiva se caracterizan por abordar puntualmente tanto lo que hace el médico al practicar la medicina defensiva como lo que hace al practicar la no defensiva. Esta es la primera contribución del presente trabajo; una conceptualización de la medicina defensiva que la entiende como constructo multidimensional, conformado por seis dimensiones que se refieren a decisiones que toma el médico en puntos importantes de su práctica profesional, como son: si atiende o no a pacientes de riesgo, si solicita solo los estudios necesarios o también otros que no lo son, si

pide interconsulta solo cuando es conveniente para el paciente o exagera las interconsultas solicitadas, si prescribe a sus pacientes solo el tratamiento más adecuado o extrema el tratamiento administrado, si remite o ingresa a hospital a sus pacientes solo cuando son necesarias o exagera este tipo de acciones, si concluye el tratamiento o la estancia hospitalaria cuando es conveniente para el paciente o los prolonga innecesariamente ante el más mínimo riesgo.

Entender la medicina defensiva como un constructo multidimensional y contar con un instrumento que mida diferencialmente las dimensiones que la conforman representa una ventaja, pues para un buen análisis no basta con evaluar en el médico si la ejerce o no, lo ideal es poder identificar en que aspectos (dimensiones) está incidiendo.

Con respecto al tercero de los aspectos señalados por Nunnally y Bernstein (1994) el de formular reactivos específicos que se desprendan de la definición, se aprovechó que ya se contaba con dos pruebas que pretenden medir la práctica de la medicina defensiva y se han usado con médicos que ejercen su carrera en nuestro país; sin embargo, fue necesario trabajar en los reactivos que conforman dichas pruebas para adecuarlos a los requisitos de las definiciones de nuestras dimensiones.

En apego a la recomendación de Carretero-Dios y Pérez (2005) de que los reactivos de los cuestionarios sean evaluados por jueces, se solicitó y obtuvo la colaboración de cinco médicos y un psicólogo con experiencia en la elaboración de cuestionarios de auto-reporte para evaluar el contenido de los reactivos (e incluso generar reactivos nuevos), y la cooperación de otros diez médicos para la evaluación de la correspondencia entre los contenidos de los reactivos y las definiciones de las dimensiones a las que supuestamente pertenecían.

Como ya hemos mencionado, se utilizaron como base inicial los cuestionarios elaborados por Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) y por Sánchez-González et al. (2005), de los cuales se obtuvieron 38 posibles reactivos, 10 del primero y 28 del segundo.

En la sección de *Resultados* se describe cómo pasamos de esos 38 reactivos iniciales a los 63 que se enviaron a los 10 médicos para que evaluaran correspondencia entre reactivos y dimensiones. También se especifica que derivado de la evaluación de estos 10 jueces se eliminaron cuatro reactivos y quedaron 59, distribuidos de la siguiente manera:

- 1.- La dimensión **Temor a ser demandado, evitación de conflictos**, quedó conformada por ocho reactivos, uno textual del cuestionario de Sánchez-González et al. (2005), cinco modificados de este cuestionario y dos ítems nuevos.
- 2.- La dimensión **“Decisión ante pacientes de riesgo”**, quedó conformada por diez reactivos, cinco referentes a la práctica defensiva, uno textual del cuestionario de Sánchez-González et al. (2005), uno modificado de este cuestionario y tres ítems nuevos, así como cinco ítems nuevos referentes a acciones no defensivas.
- 3.- La dimensión **“Estudios solicitados”** quedó conformada por diez reactivos, cinco defensivos, uno textual del cuestionario de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008), dos modificados del mismo cuestionario y dos ítems nuevos y cinco no defensivos que incluyen tres reactivos modificados del cuestionario ya mencionado y dos nuevos ítems.
- 4.- La dimensión **“Solicitud de interconsultas”** quedó compuesta por diez reactivos; cinco de ellos correspondientes a las prácticas defensivas uno modificado del cuestionario de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008), otro contenido en el mismo cuestionario fue dividido en dos nuevos ítems y se elaboraron dos más, respecto a los cinco correspondientes a las prácticas no defensivas se modificó un reactivo del cuestionario ya mencionado, otro más fue dividido en dos y se elaboraron dos nuevos ítems.
- 5.- La dimensión **“Prescripción de tratamientos”** quedó conformada por once reactivos, de los seis correspondientes a las prácticas defensivas, tres son textuales del cuestionario de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008), uno modificado del mismo



cuestionario y dos ítems nuevos, y de los cinco correspondientes a las prácticas no defensivas, cuatro son modificados del cuestionario ya mencionado y uno es nuevo ítem.

6.- La dimensión “**Ingreso y egreso hospitalario y duración del tratamiento**” quedó conformada por diez reactivos, cinco defensivos, cuatro modificados del cuestionario de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008), y un ítem nuevo, y cinco no defensivos tres modificados del mismo cuestionario y dos reactivos nuevos.

En síntesis, la versión final del cuestionario para medir la medicina defensiva quedó conformada por 59 reactivos, de los cuales seis son textuales de los cuestionarios que se utilizaron como base, 25 son modificaciones de reactivos de esos cuestionarios, aunque en cinco los cambios fueron pequeños, y 28 son reactivos nuevos. En porcentajes, solo el 10% de estos reactivos ya había aparecido así en otros cuestionarios, el 90% restante aparece, por primera vez, en esta versión final. Podemos afirmar que nuestros reactivos distan mucho de ser solo la suma de los de cuestionarios previos.

Esta versión final del cuestionario de medicina defensiva, además de la novedad de sus reactivos, tiene la característica de que sus seis dimensiones, como ya se dijo, se refieren a decisiones que toma el médico en puntos importantes de su práctica profesional. Consideramos que presenta algunas ventajas con respecto a otros cuestionarios que se han usado para medir la medicina defensiva en nuestro país. La ventaja sobre el cuestionario de Sánchez-González et al. (2005) es que el nuestro es multidimensional, y como se señaló, esto permite evaluaciones y análisis más finos. La ventaja sobre el de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) es que tiene la virtud de poder aplicarse a una amplia variedad de especialidades médicas y no solo al médico de urgencias. Adicionalmente a ello, este cuestionario incluye más dimensiones relevantes de la medicina defensiva que los otros ya mencionados.

El segundo objetivo del presente trabajo fue: adaptar un cuestionario para medir el tipo de información que el médico proporciona al paciente. La comunicación médico-paciente es un factor

psicológico relevante en la problemática de la medicina defensiva y dada su importancia, se consideró que era más adecuado analizar las relaciones de esta con cada una de las seis dimensiones de la medicina defensiva, en lugar de entenderla solo como una dimensión más.

En el apartado *Comunicación* de la sección *Marco Teórico*, se señala que la comunicación incluye tanto el comportamiento del emisor como el del receptor, lo que en la práctica médica corresponde a la información que da el médico a su paciente y a lo que piensa, siente o hace el paciente en respuesta a esta información. Así, para medir la comunicación debería contarse con cuestionarios de auto-reporte relacionados, unos para los médicos y otros para sus pacientes, o con procedimientos de otro tipo, como registros observacionales, Dado las dificultades que esto planteaba se tomó la decisión de limitarse tan solo a la información brindada y se procedió a adaptar un cuestionario para medir el tipo de información que el médico proporciona al paciente.

Con lo anterior se deja fuera una parte de la problemática, pero incidimos en otra de suma importancia, pues es a esta información a la que se refieren aspectos primordiales de la legislación médica y de las argumentaciones acerca de la medicina defensiva. Como ejemplo de lo primero recordemos que el artículo 51 BIS-1 de la Ley General de Salud establece que el paciente tiene derecho a: “recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz”. Con respecto a lo segundo, recordemos que Tena y Sánchez (2005) consideran que el exceso en el detalle de la información brindada es un aspecto de la medicina defensiva, mientras que Aranaz et al. (2006) afirman que ocultar información y practicar la medicina defensiva son respuestas provocadas por el incremento en reclamaciones y demandas de los pacientes.

Para delimitar el dominio de contenido del cuestionario de información proporcionada a partir de una teoría, y para describir las propiedades del atributo que sería medido, tal como señalan Nunnally y Berstein (1994), no se tomaron como base las definiciones de medicina defensiva. La única definición que hace referencia a la información proporcionada es la de Tena y Sánchez (2005), en ella se dice que “el médico incrementa sin fundamento clínico ... el detalle de la información brindada”. Pero como vimos en el apartado de Procedimiento, en el estudio de Sánchez et al. (2005) no hubo

diferencias entre los puntajes de los médicos defensivos y los no defensivos en los reactivos referidos a este aspecto.

Para cumplir con los señalamientos mencionados en el párrafo anterior, se elaboró la definición de Información proporcionada, basándonos en el ocultamiento de información relevante al paciente, ello con base en lo afirmado por Aranaz et al. (2006) y la definición de la dimensión Información del cuestionario de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) donde ambos enfatizan que es el ocultamiento de la información lo que se relaciona con la medicina defensiva.

Es importante aclarar que para el señalamiento de Nunnally y Bernstein (1994) de formular reactivos específicos que se desprendan de la definición, se aprovechó que en el cuestionario de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008), ya se contaba con 14 reactivos referentes a la dimensión de información sin embargo, se observó que dicho cuestionario contenía 4 reactivos contenidos en otros indicadores y que debido a su composición y correspondencia con la definición de Información proporcionada que elaboramos se acomodarían mucho mejor en esta dimensión.

Para la adaptación del cuestionario de Información proporcionada, era necesario cumplir con la recomendación de Carretero-Dios y Pérez (2005) de que tanto la definición como los reactivos sean evaluados por jueces, por lo que se siguieron los mismos pasos que en el caso de la elaboración del cuestionario de medicina defensiva; cómo se puede observar en el apartado de Procedimiento, adicional a las definiciones que elaboramos de las 6 dimensiones que componen el cuestionario de Medicina defensiva y sus reactivos correspondientes, se entregó a los primeros cinco médicos y el psicólogo con experiencia en elaboración de cuestionarios de auto-reporte, la definición de **Información proporcionada** y el contenido de los 18 reactivos de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) para que fuesen evaluados y ajustados, cuyo resultado fue entregado a los mismos 10 médicos que evaluaron la correspondencia de los reactivos a la definición de las dimensiones correspondientes al cuestionario de medicina defensiva para que hicieran lo propio.

En la sección de *Resultados* se describe cómo se pasó de los 18 reactivos de Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) a los 18 que conforman nuestro cuestionario de “Información proporcionada”. El nuestro es una versión adaptada, pero si consideramos que solo 4 reactivos se mantuvieron sin cambio y 14 fueron modificados, podemos afirmar que la adaptación no fue menor. Además, los 10 jueces que evaluaron la correspondencia de estos reactivos a la definición de la dimensión los aceptaron todos, incluidos los cuatro que Chavarría-Islas y González-Rodríguez (2008) tenían en otras dimensiones; la decisión de cambiarlos a este cuestionario parece haber sido adecuada.

Se ha cumplido con los tres señalamientos que hacen Nunnally y Bernstein (1994) al respecto del primer aspecto en la validación de constructo de una prueba, especificar el dominio de variables observables relacionadas al constructo, pero aún faltan los otros dos: determinar la magnitud con la que las variables observadas tienden a medir la misma cosa o varias cosas diferentes y determinar el grado de coincidencia entre las relaciones que muestra la medición del constructo con otras variables y lo que se espera de acuerdo a la teoría vinculada al constructo.

## 4. PROSPECTIVA

Respecto al segundo aspecto en la validación de constructo, Nunnally y Bernstein (1994, p. 88) señalan que es necesario realizar análisis factoriales. Existen dos tipos generales de análisis factoriales, los exploratorios y los confirmatorios. Se recomienda usar ambos.

Derivado de que la formación que se proporciona en la licenciatura no incluye la realización de análisis factoriales confirmatorios pues, únicamente nos enseñan a hacer análisis factoriales exploratorios, aunque de manera superficial, la autora del presente trabajo deberá formarse adecuadamente mediante un posgrado para llevar a cabo dichos análisis para así lograr la validez de constructo correspondiente

Aclarado lo anterior, se propone en un segundo trabajo realizar ambos análisis factoriales de la siguiente manera:

Nunnally y Bernstein (1994, p. 450) afirman que este tipo de análisis factorial: “define factores en los términos puramente matemáticos de mejor ajuste, típicamente *mayor varianza explicada*, y eventualmente conduce a factores que el investigador debe interpretar”. Las expectativas que se tengan al respecto del número y estructura de los factores no influyen en el análisis.

El análisis factorial exploratorio se emplea cuando se desconocen las relaciones entre los factores (dimensiones) y las variables observadas (reactivos). Como señala Byrne (2001, p. 5, citado en Cáceres-Alvarado, 2013) “el análisis procede a determinar... cómo y en qué grado están vinculadas las variables observadas a sus factores subyacentes”.

Siguiendo la recomendación de Gorsuch (1983, en Thompson, 2004, citado en Cáceres-Alvarado, 2013) de trabajar en los análisis factoriales exploratorios con un mínimo de cinco

participantes por cada reactivo, y derivado de que el producto final del instrumento dirigido a la medición del nivel de práctica de medicina defensiva consta de 59 reactivos, para poder efectuar los análisis factoriales, es necesario realizar un estudio exploratorio, en el que se aplique el cuestionario resultante de la validación por jueces, de la correspondencia entre los reactivos y las definiciones de las dimensiones a por lo menos 300 médicos escogidos aleatoriamente que laboren en el sector de salud de la República Mexicana, cuya edad oscile entre los 30 y 60 años y tengan una experiencia en la medicina de al menos un año.

Una vez aplicado el cuestionario se procedería a analizar los datos de la siguiente manera:

- a) La extracción de todos los factores que tengan un valor eigen superior a 1.0. Thompson (2004, p. 32) afirma que esta regla es bastante razonable, pues los factores son creados por combinaciones de variables medidas, deben consistir de más de una variable, por lo que es lógico que los factores relevantes deban explicar al menos tanta varianza como una variable medida.
- b) El método de extracción de factores será el de componentes principales. Este método y el de ejes principales comparten la característica de que cada componente o factor maximiza la varianza explicada de la matriz de correlaciones entre las variables medidas (Nunnally y Bernstein, 1994, pp. 474 y 477). Nunnally y Bernstein (1994, p. 535) afirman que cuando hay 20 o más variables en el análisis las diferencias son de poca importancia. Estos autores también afirman que el método de componentes principales es más seguro, pues el uso del de ejes principales tiene el riesgo de no se obtenga una solución (Nunnally y Bernstein, 1994, pp. 514-515).
- c) El tipo de rotación que se usará será la rotación ortogonal Varimax. La solución inicial de un análisis factorial exploratorio suele proporcionar una matriz de estructura factorial difícil de interpretar, las rotaciones se emplean para generar matrices de interpretación más fácil. Nunnally y Bernstein (1994, p. 538) señalan que la rotación Varimax es la que más se acerca a la meta de una estructura simple

En un cuestionario de auto-reporte multidimensional, los conjuntos de reactivos relacionados a cada factor constituyen las subescalas del instrumento. Para evaluar la confiabilidad de estas subescalas emplearemos, en cada conjunto, el coeficiente alpha de Cronbach. Consideraremos aceptable un valor al menos de .70 y consideraremos adecuado uno de .80 o más (Nunnally y Bernstein, 1994, pp. 264-265).

Si se desea someter a prueba la estructura conceptual hipotetizada de un instrumento, en términos de un modelo de medición, lo que debe usarse es un análisis factorial confirmatorio. El análisis factorial confirmatorio: “requiere que el investigador tenga expectativas específicas respecto a: (a) el número de factores incluidos, (b) las variables observadas que corresponden a cada factor, (c) si los factores están correlacionados o no” (Thompson, 2004, p. 6). Estos elementos conforman el modelo de medición hipotetizado que puede ser sometido a prueba empírica.

En el análisis factorial confirmatorio un punto muy importante es la evaluación del ajuste del modelo a los datos. Consiste en analizar: “el grado en el que un modelo hipotetizado se “ajusta” o, en otras palabras, describe adecuadamente los datos de la muestra” Byrne (2001, p. 75). Hay muchos estadísticos de ajuste a los datos, se recomienda calcular varios y evaluar la coincidencia entre los resultados en el conjunto de estadísticos.

Kline (1998, p. 130) recomienda incluir en este conjunto el estadístico  $\chi^2$ , sus grados de libertad y nivel de significancia, un índice que describa la proporción de varianza explicada por el modelo, uno que adecue esta proporción a la complejidad del modelo y un índice basado en los residuos estandarizados.

Siguiendo esta recomendación usaremos el estadístico  $\chi^2$ , sus grados de libertad y nivel de significancia, el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), el Índice de Ajuste No Normado (NNFI) y la Media Cuadrática Residual Estandarizada (SRMR). Además, usaremos la Media Cuadrática del Error de Aproximación (RMSEA) que según Byrne (2001, p. 84) es uno de los criterios más informativos de la estructura de covarianzas y toma en cuenta la complejidad del modelo. Se considerarán aceptables

los valores superiores a .90 de CFI y de NNFI, los menores a .10 de SRMR (Kline, 1998) y los menores a .08 de RMSEA (Byrne, 2001).

Aunque para lo anterior basta con seguir las recomendaciones presentes en la literatura especializada, el problema para el que la autora de esta tesis requiere una formación mayor, es el de qué hacer y por qué, cuando los estadísticos que se mencionaron en los párrafos anteriores indican que no hay un ajuste adecuado a los datos.

El tercer aspecto en la validación de constructo, determinar el grado de coincidencia entre las relaciones que muestra la medición del constructo con otras variables y lo que se espera de acuerdo a la teoría vinculada al constructo.

Derivado de lo anterior, se propone conformar una batería de pruebas en la que se incluyan el instrumento elaborado en el presente trabajo que determina el nivel de práctica de medicina defensiva, el cuestionario adaptado que mide la información proporcionada (el cual será sometido a los análisis exploratorios y confirmatorios al mismo tiempo que el instrumento construido en el presente trabajo) pues, como ya se ha mencionado, la comunicación médico-paciente es un factor determinante en este tipo de práctica y el Maslach Burnout Inventory (MBI), ello responde a que según lo encontrado en la literatura, es muy posible que los médicos que están expuestos a ejercer la medicina defensiva tengan también niveles altos del síndrome de burnout.

Aunque no hay estudios empíricos que analicen directamente la relación entre medicina defensiva y burnout, Gascón, Martínez-Jarreta, Casalod, Andrés y Bolea (2008) encontraron correlaciones significativas entre las tres dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro personal en el trabajo) y el temor a ser denunciado por mala praxis, en profesionales de la salud españoles. Dado que este temor es la fuente de la medicina defensiva, se puede suponer que existirán correlaciones positivas entre las subescalas de nuestro cuestionario correspondientes a la práctica de medicina defensiva y las tres dimensiones del burnout, y que no



existirán correlaciones o éstas serán negativas, entre las dimensiones del burnout y las subescalas de la práctica de la medicina no defensiva.

Dicha batería será aplicada a los 300 médicos mencionados derivado de lo expuesto en el apartado correspondiente.

## REFERENCIAS.

1. Aguado Terrón, J.M. (2004). *INTRODUCCIÓN A LAS TEORÍAS DE LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN*. Departamento de Información y Documentación Facultad de Comunicación y Documentación Universidad de Murcia. Recuperado el 19 de enero de 2018 de <http://www.um.es/tic/Txtguia/Introduccion%20a%20las%20Teorias%20de%20la%20Informa%20%2820%29/TI%20C%20texto%20guia%20completo.pdf>.
2. Alonso González M. & Oksana Kraftchenko B. (2003). *La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina*. Revista Cubana Educ Med Super. (Vol. 17, núm 1), 38-45.
3. Aranaz, J. M. Aibar, C., Galán A. Limón, R. Requena, J. Álvarez E. & Gea, M. (2006). *La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica*. Gac Sanit. (20, Supl 1) 41-47.
4. Aranaz, J.M. Aibar, C. Gea, M.T. & León, M.T. (2004). *Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria*. Una revisión crítica. Med Clin (Barc). (123) 21-25.
5. Aranda Beltrán, C. Pando Moreno, M. Salazar Estrada, J. G. Torres López, T. M. Aldrete Rodríguez, M. G. & Pérez Reyes, M. B. (2004). *Factores psicosociales laborales y síndrome de burnout en médicos del primer nivel de atención*. Revista Investigación en Salud. (Vol. VI, núm 1, abril 2004) 28-34.
6. Arimany Manso, J. (2007). *La medicina defensiva: un peligroso boomerang*. Revista Humanitas Humanidades Medicas. (núm. 12, Febrero 2007). Recuperado el 10 de octubre de 2014 de <http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/TM12.pdf>
7. Bascuñan R. M. L. (2005). *Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos*. Revista médica Chile (vol. 133, núm. 1) 11-16.
8. Beltrán S., L. R. (2007). *Un adiós a Aristóteles: La comunicación "horizontal"*. Punto Cero, 12(15), 69-92. Recuperado en 09 de febrero de 2018, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762007000200009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762007000200009&lng=es&tlng=es)
9. Cáceres-Alvarado, L.E. (2013). *Un modelo motivacional de metas de logro para practicantes de deportes en conjunto*. Tesis. UNAM.
10. Casa-Madrid, O. (2007). *La jurisprudencia y la solución de controversias médico-paciente*. REVISTA CONAMED. Enero-Marzo 2007. 12(1) 48-55.
11. Chavarría-Islas, R.A. & González-Rodríguez, B. (2008). *Medicina defensiva en un servicio de urgencias de adultos*. REVISTA CONAMED. Octubre-Diciembre 2008. (13) 2-27.
12. Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la teoría general de la administración*. México: McGraw-Hill Interamericana.
13. Clarenc, C. A. (2011). *Nociones de cibercultura y periodismo*. Lulu.com. Recuperado el 20 de enero de 2017 de [https://books.google.com.mx/books?id=aFY3AAWAAQBAJ&pg=PA263&lpg=PA263&dq=Es+un+conjunto+organizado+de+datos+procesados,+que+constituyen+un+mensaje+que+cambia+el+estado+de+conocimiento+del+sujeto+o+sistema+que+recibe+dicho+mensaje.&source=bl&ots=r0GVhJXQaQ&sig=uD83K6eeJGvmZaLmG1qv6U4h83I&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwie3e\\_HzufYAhUKjq0KHT4HCDQQ6AEIYjAK#v=onepage&q=Es%20un%20conjunto%20organizado%20de%20datos%20procesados%2C%20que%20constituyen%20un%20mensaje%20que%20cambia%20el%20estado%20de%20conocimiento%20del%20sujeto%20o%20sistema%20que%20recibe%20dicho%20mensaje.&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=aFY3AAWAAQBAJ&pg=PA263&lpg=PA263&dq=Es+un+conjunto+organizado+de+datos+procesados,+que+constituyen+un+mensaje+que+cambia+el+estado+de+conocimiento+del+sujeto+o+sistema+que+recibe+dicho+mensaje.&source=bl&ots=r0GVhJXQaQ&sig=uD83K6eeJGvmZaLmG1qv6U4h83I&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwie3e_HzufYAhUKjq0KHT4HCDQQ6AEIYjAK#v=onepage&q=Es%20un%20conjunto%20organizado%20de%20datos%20procesados%2C%20que%20constituyen%20un%20mensaje%20que%20cambia%20el%20estado%20de%20conocimiento%20del%20sujeto%20o%20sistema%20que%20recibe%20dicho%20mensaje.&f=false)
14. Czinkota, M. & Kotabe, M. (2001). *Administración de Mercadotecnia*. Segunda edición. México: International Thomson Editores.
15. Diario Oficial de la Federación. (2012, 29 de junio). *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico*. Recuperado el 13 de noviembre de 2017 de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787).
16. Equipo vértice. (2007). *Comunicación interna Dirección y Gestión de empresas*. Málaga: Vértice. Recuperado el 20 de enero de 2017 de [https://books.google.com.mx/books?id=58mgFXs6jX8C&pg=PA3&lpg=PA3&dq=la+diferencia+fundamental+entre+informaci%C3%B3n+y+comunicaci%C3%B3n+reside+en+la+respuesta+del+interlocutor+\(feedback\),&sour](https://books.google.com.mx/books?id=58mgFXs6jX8C&pg=PA3&lpg=PA3&dq=la+diferencia+fundamental+entre+informaci%C3%B3n+y+comunicaci%C3%B3n+reside+en+la+respuesta+del+interlocutor+(feedback),&sour)

- ce=bl&ots=uObYEBc56s&sig=TrHU2r3tWqmOsIT-HigTlz-lyXY&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj9ytX7xOYAhUETKwKHfC9DM8Q6AEILDAB#v=onepage&q&f=false
17. Escribà-Agüir, Vicenta, & Bernabé-Muñoz, Yolanda. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana: Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 595-604. Recuperado en 06 de febrero de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500019&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500019&lng=es&tlng=es).
  18. Ferrell, O. C. & Hirt, G. (2004). *Introducción a los Negocios en un Mundo Cambiante*. Cuarta Edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
  19. Frias Azcárate, R. (2000). *UNA APROXIMACION AL CONCEPTO COMUNICACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS EN LA PRACTICA DE LAS INSTITUCIONES*. Nómadas. *Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, (1)
  20. Fuller, J.R. & Ness, E. (2007). *Instrumentación quirúrgica: teoría, técnicas y procedimientos*. Cuarta edición. México: Editorial Médica Panamericana.
  21. Gandara, J.J., Gonzalez Corrales, R. & Gonzalez Rodriguez, V.M. (2004). *El médico con Burn-out. Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia*. México: Labs. Semergen & Novartis.
  22. García García, J. M. Herrero Remuzgo, S. & León Fuentes, J. L. (2007). *Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiatrico Penitenciario de Sevilla*. *Revista Apuntes de psicología*. (Vol 25, núm 2, mayo 2007), 157-174
  23. Gascón, S. Martínez-Jarreta, B. Casalod, Y. Andrés, E. & Bolea ,M. (2008). *Desgaste profesional debido a violencia, denuncias y reclamaciones*. Sevilla, España: Actas del Congreso Internacional O.R.P.
  24. Gobierno de México. (2009). *Ley General de Salud - México, Cámara de Diputados*. Portal de Recursos Educativos Abiertos (REA). Recuperado el 26 de Abril de 2009 de <http://www.temoa.info/es/node/17535>
  25. González Rey, F. & Mitjás, A. (1999). *La personalidad. Su educación y desarrollo*. La Habana, Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
  26. Guzmán Mejía, J. I. Shalkow Klincovstein, J. Palacios Acosta, J. M. Zelonka Valdez, R. & Zurita Navarrete R. (2011). *¿Medicina defensiva o medicina asertiva?* *Revista Cirujano General* (33 Supl. 2) S151-S156.
  27. Hidalgo, S. (2009, 3 de agosto). *274 demandas al día por errores médicos*. Público.es. Disponible en: <http://www.publico.es/actualidad/274-demandas-al-dia-errores.html>
  28. Holik, F. (2016). *Teoría de la información de Claude E. Shannon*. Diccionario Interdisciplinar Austral (editado por Claudia E. Vanney, Ignacio Silva y Juan F. Franck). Recuperado el 20 de enero de 2018 de [http://dia.austral.edu.ar/Teoría\\_de\\_la\\_información\\_de\\_Claude\\_E.\\_Shannon](http://dia.austral.edu.ar/Teoría_de_la_información_de_Claude_E._Shannon)
  29. Leiter, M.P. & Maslach, C. (2000). *Preventing Burnout and building engagement: a complete program for organizational renewal*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
  30. Lomov, B. F. (1989). *El problema de la comunicación en psicología*. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales.
  31. Martínez-López, C. & López –Solanche, G. (2005). *Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas*. *Revista Archivos en medicina familiar*. (Vol. 7 núm 1 enero- abril 2005.), 6-9.
  32. McConnel, J. V. (1989). *Understanding human behavior*. Edition 6. Pennsylvania, USA: Pennsylvania State University.
  33. Meda, R. Moreno, B. Rodríguez, A. Morante, E. & Ortiz, G. (2008). *Análisis Factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos*. *Psicología y Salud* (vol.18, núm.1) 107-116.
  34. Monsalve Ramírez, A. (2003). *Teoría De Informacion Y Comunicacion Social*. Ecuador: Abya Yala.
  35. Mora Medina, J. (1999). *Explicación y análisis. Taller de comunicación I*, México: CCH-UNAM.
  36. Moreno-Jiménez, B. Seminotti, R. Garrosa Hernández, E. Rodríguez-Carvajal, R. & Morante Benadero, M.E. (2005). *El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes*. *Revista Ansiedad y Estrés* (vol.11 núm.1) 1134-1179.
  37. Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. Tercera edición. New. York: McGraw-Hill.
  38. Olivares, V. & Gil-Monte, P. (2009). *Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI)*. *Cienc Trab*. (vol.11, núm. 31) 160-167
  39. Ongallo, C. (2007). *Manual de comunicación: guía para gestionar el conocimiento, la información y las relaciones humanas en empresas y organizaciones*. Madrid: Dykinson.
  40. Ortega-González, M. Méndez-Rodríguez, J. M. & López-López, F. H. (2009). *Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud*. CONAMED (4) 4-10.

41. Poder Ejecutivo Federal en la Ciudad de México. (1986, 29 de abril). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*. Recuperado el 13 de noviembre de 2017 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>.
42. Prieto-Miranda, S.E. Valdepeña-Ramírez, M.P. Mora-Sota, M. & Jiménez- Bernardino, C.A. (2013). *Medicina defensiva en un Hospital General Regional*. Med Int Mex, 29(1), 32-38
43. Ruelas-Barajas, E. Tena-Tamayo, C. Sánchez-González, J. Sarabia-González, O. Hernández- Gamboa, L. E. & Campos-Castolo, E. M. (2008). *Eventos adversos identificables en las quejas médicas*. Cir Ciruj. (Vol. 76, Núm 2, marzo-abril 2008) 153-160.
44. Sánchez-González, J.M. Tena-Tamayo, C. Campos-Castolo, E.M. Hernández-Gamboa, L.E. & Rivera-Cisneros, A.E. (2005). *Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización*. Cir Cir (3) 199-206.
45. Schramm, W. (1998). *La Ciencia de la Comunicación Humana, Tratados y Manuales*. (Rogelio Carvajal). MÉXICO: Grijalbo, México. (Trabajo original publicado en 1980).
46. Secretaría de Salud. (2001). *La Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Su quehacer. Programa de Acción: Consolidación del Arbitraje Médico*. México. 47-67.
47. Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Urbana: University of Illinois Press.
48. Studdert, D.M. Mello, M.M. Sage, W.M., et al. (2005). *Defensive Medicine among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment*. *The Journal of the American Medical Association*. JAMA (293) 2609-2617.
49. Suprema Corte de la Nación. sentencia que resuelve el amparo directo con número de expediente 42/2012. Recuperado el 14 de octubre de 2013 de <https://es.scribd.com/doc/316370077/SCJN-AMPARO-DIRECTO-42-2012>.
50. Tena Tamayo, C. & Sánchez González, J.M. (2005). *Medicina asertiva. Una alternativa para mejorar la calidad. La comunicación humana en la relación médico-paciente*. 43-57. México: Prado
51. Tena Tamayo. C. & Sánchez González, J.M. (2005). *Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva*. Ginecol Obstet Mex (73) 553-559.
52. Tena-Tamayo, C. Sánchez-González, J.M. Rivera-Cisneros, A. & Hernández-Gamboa, L.E. (2003). *La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Algunas reflexiones en torno*. Rev Med IMSS. 41(5), 407-413.
53. Vázquez-Frias, J. A. Villalba-Ortiz, P. Villalba-Caloca, J. Montiel-Falcón, H. & Hurtado-Reyes, C. (2011). *El error en la práctica médica ¿Qué sabemos al respecto?*. Revista Anale Médicos. (Vol. 56, Núm. 1, Ene-Mar 2011), 49-57.
54. World Health Organization. (2004). *World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme*. Geneve: World Health Organization. Recuperado el 18 de octubre de 2016 de [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf).
55. Zurita Navarrete, G. R. & López Gavito, E. (2017). *Las demandas al médico en México. Tratado de Cirugía General*, 3a Edición. 65-74. México: Editorial Manual Moderno.
56. Zurita Navarrete, G. R. (2011). *Estado actual de las demandas*. Revista Cirujano General (Vol. 33, Supl. 2) S141-S146.

# **ANEXOS.**

## **Anexo 1. Entrada del cuestionario para los médicos que ayudaron a ajustar los reactivos.**

Estimado Dr.:

La medicina defensiva ha sido definida como “una práctica de la medicina en la que se solicita un número exagerado de análisis de laboratorio, mayor estancia hospitalaria, prescripción innecesaria de medicamentos, diferimiento de procedimientos quirúrgicos, referencia a terceros niveles de atención médica o de alta especialidad, que el médico realiza consciente o inconscientemente con el propósito explícito de que ante la posibilidad de litigio... podrá justificar ante el juez que se cumplieron y se rebasaron las obligaciones de medios, de diagnóstico y seguimiento en el proceso de atención médica del paciente.” (Guzmán, Shalkow, Palacios, Zelonka y Zurita, 2011)

A pesar de que la medicina defensiva constituye un serio problema del que se ha escrito bastante, hay muy pocos instrumentos para medirla. En México, Chavarría y González (2008) elaboraron un cuestionario de auto-reporte para ello, sin embargo éste está enfocado específicamente al médico de urgencias.

Con el fin de desarrollar un instrumento que pueda ser útil para un rango mayor de especialidades médicas, en la Facultad de Psicología de la UNAM se está realizando un estudio en dos fases. La primera es la elaboración de un conjunto amplio de reactivos, que incluya los que se han usado en otros instrumentos. La segunda será la aplicación en éstos, en formato de cuestionario de auto-reporte, a 300 médicos de distintas especialidades y el análisis estadístico correspondiente para elegir los reactivos del instrumento final. Contando con el instrumento adecuado, podrán realizarse los estudios que analicen las relaciones entre la medicina defensiva y un conjunto de variables que se ha supuesto, pero no demostrado, que están vinculadas a ella.

Solicitamos su colaboración para la primera fase del estudio. Por favor lea lo siguientes reactivos y escriba, en los espacios a la derecha, la forma en la que deberían redactarse para que se adecuaran a su especialidad, o bien las palabras “sin cambio” si considera que el reactivo es adecuado tal como está.

Todos los reactivos pertenecen al instrumento de Chavarría y González (2008) y están agrupados de acuerdo a las categorías de estos autores. Sin embargo, están enfocados solo en el médico de urgencias, y puede haber otras formas de practicar medicina defensiva en la especialidad de usted, que no estén contempladas en estos reactivos. Si hay una o más que considere importantes, por favor escríbalas en la sección “Reactivos adicionales”. Finalmente, anote su especialidad en el renglón final correspondiente.

## Anexo 2. Cuestionario a jueces que evaluaron correspondencia entre reactivos y dimensiones.

Estimado/a Dr. /Dra.:

La medicina defensiva ha sido definida como: “una práctica de la medicina orientada a la solicitud de un número exagerado de análisis de laboratorio, de imagenología, de interconsultas, de referencia de pacientes, de mayor estancia hospitalaria, de prescripción innecesaria de medicamentos, de diferimiento de procedimientos quirúrgicos, de referencia a terceros niveles de atención médica o de alta especialidad, que el médico realiza consciente o inconscientemente... con el propósito explícito y la creencia de que ante la posibilidad de litigio o reclamación por parte del paciente o sus familiares, podrá justificar ante el juez que se cumplieron y se rebasaron las obligaciones de medios, de diagnóstico y de seguimiento en el proceso de atención médica del paciente (Guzmán, Shalkow, Palacios, Zelonka y Zurita, 2011). Otros médicos agregan más características, principalmente tres: el médico rechaza a los pacientes que considera de riesgo (Casa-Madrid, 2007), prescribe todos los estudios y fármacos que el paciente solicita, para evitar protestas (Gascón, Martínez-Jarreta, Casalod, Eva y Bolea, 2007) y oculta información relevante al paciente o a su familiar (Chavarría-Islas y González-Rodríguez, 2008).

A pesar de que la medicina defensiva constituye un serio problema del que se ha escrito bastante, hay muy pocos instrumentos para medirla, lo que dificulta evaluar la eficacia de acciones concretas (cursos de actualización sobre derechos y obligaciones del médico y el paciente, estrategias de comunicación médico-paciente, etcétera). En México se cuenta con dos cuestionarios de medicina defensiva, pero uno es unidimensional (Sánchez, Tena, Campos, Hernández y Rivera, 2005) y en la medicina defensiva pueden ubicarse varios aspectos, y el otro está enfocado específicamente al médico de Urgencias (Chavarría-Islas y González-Rodríguez, 2008)

En la Facultad de Psicología de la UNAM, se está buscando desarrollar un instrumento que considere que la medicina defensiva incluye varios aspectos y que pueda ser útil para un rango mayor de especialidades médicas. Este instrumento será un cuestionario de auto-reporte con reactivos tipo Likert de frecuencia; esto es, se presentan afirmaciones al encuestado y se le pide que indique qué tan frecuentemente siente, piensa o hace lo referido en cada afirmación, mediante una escala de cinco opciones que va de nunca (1) a siempre (5), y estará basado en los dos cuestionarios citados.

Uno de los primeros pasos para desarrollar este cuestionario, es la evaluación por expertos de la pertinencia de las afirmaciones. Es en este punto en el que solicitamos su colaboración.

### INSTRUCCIONES PARA EL PRIMER GRUPO DE AFIRMACIONES.

Lea el párrafo que antecede al grupo de afirmaciones y después lea y evalúe cada una de ellas. Si considera que la afirmación corresponde al contenido del párrafo, anote una X en la casilla de la columna **SI** correspondiente a esa afirmación. Si considera que no corresponde al contenido del párrafo, anote una X en la casilla de la columna **NO**.

**1.- Temor a ser demandado, evitación de conflictos.** El médico que practica la medicina defensiva siente temor a ser demandado, trata de evitar los conflictos e incluso puede pensar en abandonar la práctica médica.

AFIRMACIONES	¿Corresponde a la definición?	
	SI	NO
1.- Solicito más estudios de los necesarios, para protegerme en caso de demanda.		
2. Siento temor a ser demandado/a.		
3. Evito emplear procedimientos de alto riesgo por temor a una demanda.		
4. Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflicto.		

5. Sólo empleo procedimientos de bajo riesgo para evitar ser demandado/a.		
6. Al tomar decisiones sobre el paciente, trato de complacerlo lo más posible para evitar conflictos.		
7. He modificado mi práctica médica para evitar ser demandado/a.		
8. Para asegurarme que no habrá problemas, cito al paciente con más frecuencia de la necesaria.		
9. He pensado dejar la práctica de la medicina, por temor a ser demandado/a		
10. Si veo que el paciente está inconforme con mi diagnóstico, solicito más estudios para evitar problemas.		

#### INSTRUCCIONES PARA LOS GRUPOS RESTANTES.

Como en el caso anterior, lea el párrafo que antecede al grupo de afirmaciones. Observe que ahora este párrafo se refiere a un aspecto de la actividad del médico, y después describe lo que acostumbra hacer el médico que **NO** practica la medicina defensiva y el que **SI** lo hace. Note también que ahora las afirmaciones están ordenadas por pares, y en cada par uno de los miembros está en la sección de **afirmaciones No defensivas** y el otro en la de **afirmaciones defensivas**. Tomando en cuenta lo anterior, evalúe las afirmaciones como ya lo hizo en el grupo previo, anote una X en la casilla correspondiente a la columna **SI** o a la columna **NO**, dependiendo de si usted considera que esta afirmación corresponde al contenido del párrafo. Por ejemplo, si considera que la afirmación 11 corresponde a lo que suele hacer el médico que **no** practica la medicina defensiva (acepta atender pacientes de riesgo) anote la X en la casilla **SI**.

Por favor, evalúe todas las afirmaciones de las dos secciones, y proceda de la misma manera en los grupos restantes.

**2. Decisión ante pacientes de riesgo.** Se refiere al tipo de opción que el médico elige ante los pacientes de riesgo. Las afirmaciones no defensivas indican que el médico acepta atender este tipo de pacientes y los refiere solo cuando el caso lo amerita. Las afirmaciones defensivas indican que el médico rechaza o refiere los casos que considera de riesgo.

	¿Corresponde a la definición?			¿Corresponde a la definición?	
	SI	NO		SI	NO
<b>Afirmaciones NO defensivas.</b>			<b>Afirmaciones defensivas.</b>		
11. Acepto atender a pacientes en situaciones de urgencia.			16. Evito atender a pacientes en situaciones de urgencia.		
12. Acepto atender pacientes graves.			17. Evito atender pacientes graves.		
13. Acepto atender pacientes complicados o conflictivos			18. Evito atender pacientes complicados o conflictivos		
14. Refiero a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención sólo cuando su padecimiento lo requiere.			19. Refiero a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención con mayor frecuencia de la necesaria.		
15. Atiendo a los pacientes que corresponden a mi especialidad, aún cuando se trata de pacientes de riesgo.			20. A todos los pacientes que considero de riesgo, los refiero a otros especialistas o a otro nivel de atención.		



### Anexo 3. Cuestionario de Medicina Defensiva

#### CUESTIONARIO DE MEDICINA DEFENSIVA.

A continuación se presenta un conjunto de afirmaciones acerca de diferentes aspectos de la práctica médica. Algunas de ellas corresponden a la Medicina Defensiva, y otras no. Después de cada afirmación hay una secuencia de números, del 1 al 5.

Lo que tiene usted que hacer es leer esas afirmaciones y utilizar los números para indicar la frecuencia con la que piensa o hace lo que se describe en la afirmación. Para cada afirmación existen cinco respuestas posibles: nunca o casi nunca (1), pocas veces (2), unas veces sí y otras no (3), la mayoría de las veces (4) y siempre o casi siempre (5).

Por favor, tache el número que refleje mejor la frecuencia con la que usted piensa o hace lo que señala la afirmación. Responda a TODAS las afirmaciones y **Tache solo un número en cada una de ellas.**

No hay respuestas "correctas". Conteste con sinceridad y de acuerdo a lo que le sucede hoy, no a lo que le gustaría que pasara.

	AFIRMACIONES	Nunca					Siempre				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Evito atender pacientes graves.	1	2	3	4	5					
2	Al tomar decisiones sobre el paciente, trato de complacerlo lo más posible para evitar conflictos.	1	2	3	4	5					
3	En el tratamiento de mis pacientes, solicito interconsultas solo si el caso lo requiere.	1	2	3	4	5					
4	Prescribo a mi paciente el plan terapéutico más adecuado a su patología.	1	2	3	4	5					
5	Atiendo a los pacientes que corresponden a mi especialidad, aún cuando se trata de pacientes de riesgo.	1	2	3	4	5					
6	Ante la insistencia del paciente en determinado tratamiento, le informo sobre su eficacia y los efectos o reacciones secundarias que pudiera ocasionarle.	1	2	3	4	5					
7	Para mis pacientes, solicito solo la estancia hospitalaria necesaria.	1	2	3	4	5					
8	Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflicto.	1	2	3	4	5					
9	Para egresar a mis pacientes hospitalizados, los revaloro y solo si el caso lo amerita solicito interconsultas para tomar la decisión.	1	2	3	4	5					
10	Al estar en consulta, evalúo qué pacientes deben acudir a hospital para ser valorados y cuáles no.	1	2	3	4	5					
11	Doy de alta a mi paciente cuando el riesgo de recaídas o complicaciones es menor que los beneficios del alta.	1	2	3	4	5					
12	Al regresar un paciente por falta de respuesta al tratamiento, revaloro y solicito solo los estudios necesarios.	1	2	3	4	5					
13	He pensado dejar la práctica de la medicina, por temor a ser demandado/a	1	2	3	4	5					
14	Si un paciente regresa por persistencia de su sintomatología revaloro, y analizo si debe acudir a hospital o debo tomar otras medidas.	1	2	3	4	5					
15	Solicito más interconsultas de las necesarias, para poder compartir responsabilidades con otros médicos.	1	2	3	4	5					
16	Por precaución, solicito mayor estancia hospitalaria de la necesaria para mis pacientes.	1	2	3	4	5					
17	Administro a mis pacientes lo último en medicamentos recomendados por los laboratorios farmacéuticos.	1	2	3	4	5					
18	A los pacientes que considero de riesgo, los refiero a otros especialistas o a otro nivel de atención.	1	2	3	4	5					
19	Al pasar visita en el área de Observación, solicito ingreso a piso de todos mis pacientes	1	2	3	4	5					

CUESTIONARIO DE MEDICINA DEFENSIVA. HOJA 2

	AFIRMACIONES	Nunca					Siempre				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20	Acepto atender pacientes complicados o conflictivos	1	2	3	4	5					
21	Solicito más estudios de los necesarios, para protegerme en caso de demanda.	1	2	3	4	5					
22	Remito a hospital, a la mayoría de mis pacientes que regresan a consulta por falta de respuesta al tratamiento.	1	2	3	4	5					
23	Refiero a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención con mayor frecuencia de la necesaria.	1	2	3	4	5					
24	A todos mis pacientes en el área de Observación les solicito todos los estudios posibles para realizar mi impresión diagnóstica.	1	2	3	4	5					
25	Antes de dar de alta a un paciente, le solicito el mayor número de estudios posible.	1	2	3	4	5					
26	Prescribo a mis pacientes medicamentos adicionales al tratamiento idóneo.	1	2	3	4	5					
27	Sólo empleo procedimientos de bajo riesgo para evitar ser demandado/a.	1	2	3	4	5					
28	Ante la más pequeña posibilidad de que el paciente pueda recaer, decido continuar el tratamiento y diferir su alta.	1	2	3	4	5					
29	Si mi paciente insiste en determinado tratamiento accedo a indicárselo.	1	2	3	4	5					
30	En la consulta, pido a mis pacientes solo los estudios pertinentes para corroborar mi impresión diagnóstica.	1	2	3	4	5					
31	Acepto atender a pacientes en situaciones de urgencia.	1	2	3	4	5					
32	Para poder dar de alta a un paciente revaloro, y de acuerdo a su evolución solicito o no estudios adicionales.	1	2	3	4	5					
33	Involucro a otros especialistas en el diagnóstico de todos mis pacientes.	1	2	3	4	5					
34	Refiero a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención sólo cuando su padecimiento lo requiere.	1	2	3	4	5					
35	En el área de Observación valoro cuales de mis pacientes pueden egresarse y cuales deben permanecer hospitalizados.	1	2	3	4	5					
36	Siento temor a ser demandado/a.	1	2	3	4	5					
37	Si el paciente acude con molestias severas, administro tratamiento para cada una de las patologías agudas y crónicas con las que se presenta.	1	2	3	4	5					
38	Me abstengo de dar de alta al paciente si éste no ha sido valorado por otro especialista.	1	2	3	4	5					
39	Si el paciente acude con molestias severas, prescribo tratamiento para las patologías de fondo con las que se presenta.	1	2	3	4	5					
40	Ante la insistencia del paciente accedo a realizar los estudios que él solicita.	1	2	3	4	5					
41	Involucro a otros especialistas en el tratamiento de todos mis pacientes.	1	2	3	4	5					
42	He modificado mi práctica médica para evitar ser demandado/a.	1	2	3	4	5					
43	Si un paciente regresa por persistencia de su sintomatología, revaloro y solicito el mayor número de estudios posible.	1	2	3	4	5					
44	Evito atender pacientes complicados o conflictivos	1	2	3	4	5					
45	En la consulta, solicito a mis pacientes todos los estudios posibles para su diagnóstico.	1	2	3	4	5					

CUESTIONARIO DE MEDICINA DEFENSIVA. HOJA 3

	AFIRMACIONES	Nunca					Siempre				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
46	Al estar en consulta, remito a la gran mayoría mis pacientes a hospital para ser valorados.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
47	Pido interconsulta a otros especialistas para elaborar el diagnostico solo si el caso lo amerita	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
48	Indico tratamiento sintomático, aunque no trate la patología de fondo (causa de los síntomas) de mis pacientes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
49	A mis pacientes hospitalizados, me abstengo de egresarlos si no han sido valorados por otro especialista.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
50	Administro todos los planes terapéuticos existentes para la patología de fondo de mi paciente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
51	Solicito solo las interconsultas que pueden repercutir en beneficio de mi paciente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
52	Evito atender a pacientes en situaciones de urgencia.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
53	Ante la insistencia del paciente de realizarle los estudios que solicita, le doy información amplia sobre lo innecesario de los mismos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
54	Antes de prescribir medicamentos de reciente aparición, hago una revisión de su farmacología y de sus resultados clínicos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
55	Para poder dar de alta a un paciente revaloro, y de acuerdo a su evolución solicito o no la opinión de otros especialistas para tomar la decisión.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
56	Si el paciente se presenta con molestias severas, inicio tratamiento apegado a la patología en agudo con la que acude.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
57	Evito emplear procedimientos de alto riesgo por temor a una demanda.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
58	Acepto atender pacientes graves.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
59	Para mis pacientes en el área de Observación, valoro qué estudios adicionales son necesarios para confirmar mi impresión diagnóstica.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS

## ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO DE MEDICINA DEFENSIVA.

<b>TEMOR A SER DEMANDADO, EVITACIÓN DE CONFLICTOS</b>	
<b>Reactivos Defensivos</b>	2, 8, 13, 21, 27, 36, 42 y 57

<b>DECISIÓN ANTE PACIENTES DE RIESGO</b>	
<b>Reactivos Defensivos</b>	1, 18, 23, 44 y 52
<b>Reactivos no Defensivos</b>	5, 20, 31, 34 y 58

<b>ESTUDIOS SOLICITADOS</b>	
<b>Reactivos Defensivos</b>	24, 25, 40, 43 y 45
<b>Reactivos no Defensivos</b>	12, 30, 32, 53 y 59

<b>SOLICITUD DE INTERCONSULTAS</b>	
<b>Reactivos Defensivos</b>	15, 33, 38, 41 y 49
<b>Reactivos no Defensivos</b>	3, 9, 47, 51 y 55

<b>PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS</b>	
<b>Reactivos Defensivos</b>	17, 26, 29, 37, 48 y 50
<b>Reactivos no Defensivos</b>	4, 6, 39, 54 y 56

<b>INGRESO Y EGRESO HOSPITALARIO Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	
<b>Reactivos Defensivos</b>	16, 19, 22, 28 y 46
<b>Reactivos no Defensivos</b>	7,10, 11,14 y 35

## Anexo 4. Cuestionario de Información Proporcionada.

### CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

A continuación se presenta un conjunto de afirmaciones acerca de diferentes aspectos de la comunicación médico-paciente. Algunas de ellas corresponden a la información proporcionada al paciente y otras a la información que no se le da, la que se omite. Después de cada afirmación hay una secuencia de números, del 1 al 5.

Lo que tiene usted que hacer es leer esas afirmaciones y utilizar los números para indicar la frecuencia con la que hace lo que se describe en la afirmación. Para cada afirmación existen cinco respuestas posibles: nunca o casi nunca (1), pocas veces (2), unas veces sí y otras no (3), la mayoría de las veces (4) y siempre o casi siempre (5).

Por favor, tache el número que refleje mejor la frecuencia con la que usted hace que señala la afirmación. Responda a TODAS las afirmaciones y **tache solo un número en cada una de ellas**.

No hay respuestas "correctas". Conteste con sinceridad y de acuerdo a lo que hace actualmente, no a lo que le gustaría hacer.

	AFIRMACIONES	Nunca <span style="float: right;">Siempre</span>				
1	Explico al paciente la utilidad y desventajas de los estudios que requiere para su diagnóstico.	1	2	3	4	5
2	Notifico al paciente los efectos colaterales del tratamiento que está por recibir.	1	2	3	4	5
3	Omito notificar a mi paciente su diagnóstico cuando considero que lo malinterpretará.	1	2	3	4	5
4	Al ingresar un paciente le comunico que se le efectuarán todo tipo de estudios y tratamientos, aunque sé que algunos no son necesarios.	1	2	3	4	5
5	Reporto a mis pacientes más graves de lo que en realidad están a su familiar.	1	2	3	4	5
6	Informo a mi paciente, y/o a su familiar, en forma detallada y veraz de los pormenores de su evolución.	1	2	3	4	5
7	Evito dar detalles al paciente de las desventajas de los estudios que requiere para su diagnóstico.	1	2	3	4	5
8	Me reservo el notificar a mi paciente los resultados de los estudios que le fueron practicados.	1	2	3	4	5
9	Al ingresar un paciente, le notifico qué estudios serán necesarios de acuerdo a mi sospecha diagnóstica.	1	2	3	4	5
10	Evito dar detalles a mi paciente de las ventajas y desventajas de su tratamiento.	1	2	3	4	5
11	Explico al paciente las ventajas y desventajas del tratamiento.	1	2	3	4	5
12	Al dar informes de su evolución a mi paciente, y/o su familiar, omito detalles que puedan ser malinterpretados.	1	2	3	4	5
13	Comunico a mi paciente en forma explícita el reporte de los estudios que se le practicaron.	1	2	3	4	5
14	Omito informar al paciente los efectos colaterales del tratamiento que está por recibir.	1	2	3	4	5
15	Comunico los efectos y secuelas derivados de su padecimiento al paciente.	1	2	3	4	5
16	Informo a mi paciente acerca de su padecimiento, procurando hacerlo en el momento idóneo.	1	2	3	4	5
17	Doy un reporte del estado de salud del paciente conforme a su estado real a su familiar.	1	2	3	4	5
18	Omito informar al paciente las consecuencias de su padecimiento.	1	2	3	4	5
19	Evito dar detalles a mi paciente de las ventajas y desventajas de su tratamiento.	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS

## ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN PROPORCIONADA.

INFORMACIÓN PROPORCIONADA	
<b>Reactivos Defensivos</b>	3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 14 y 18
<b>Reactivos No Defensivos</b>	1, 2, 6, 9, 11, 13, 15, 16 y 17