



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA

VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO EL ENFOQUE HUMANISTA DEL  
ANESTESIÓLOGO EN EL HOSPITAL GENERAL TICOMÁN

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:  
LÓPEZ TORRES FABIOLA

TUTOR O TUTORES PRINCIPALES  
DRA. HERLINDA MORALES LÓPEZ

CIUDAD DE MÉXICO, A 21 DE OCTUBRE DE 2019.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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).

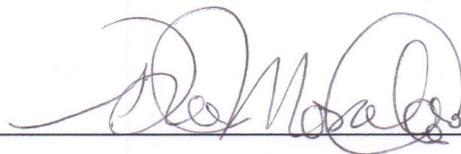
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**"VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO EL ENFOQUE HUMANISTA DEL ANESTESIÓLOGO EN EL HOSPITAL GENERAL TICOMÁN"**

AUTOR: Dra. Fabiola López Torres

Vo. Bo.

Dra. Herlinda Morales López.

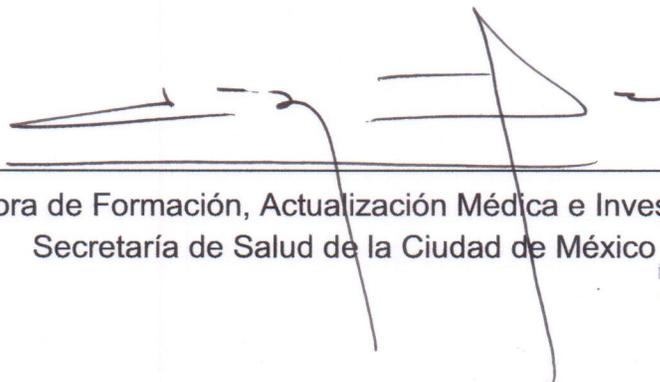


---

Profesor titular del curso de Especialización en Anestesiología

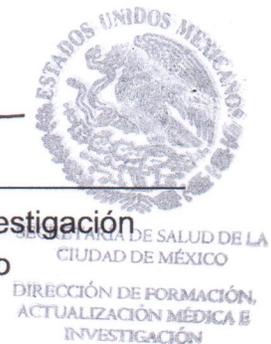
Vo. Bo.

Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano



---

Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México



**"VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO EL ENFOQUE HUMANISTA DEL ANESTESIÓLOGO EN EL HOSPITAL GENERAL TICOMÁN"**

Dra. Fabiola López Torres

Vo. Bo.

Dra. Herlinda Morales López

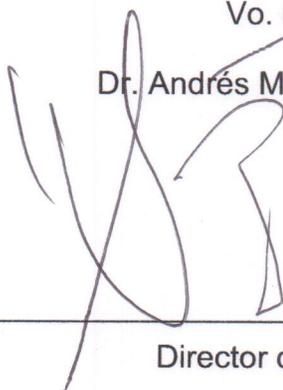


---

Director de Tesis  
Profesor titular del curso de Especialización en Anestesiología

Vo. Bo.

Dr. Andrés Muñoz García



---

Director de Tesis

Médico Anestesiólogo Intensivista Adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Xoco

## DEDICATORIA

A mi familia, por ser el pilar que sostiene cada uno de mis logros.

A mi madre, por su amor, compañía y apoyo incondicional, por enseñarme que el sueño de una pequeña niña se puede convertir en la más hermosa realidad.

Gracias por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad.

A mi padre, por darme el mejor regalo: educación. Porque su fortaleza, valores y perseverancia me enseñan cada día a no darme por vencida. Gracias por ser mi ejemplo de vida.

A mi hermana Sonia, por sostener mi mano desde pequeña y no dejarme caer durante este largo camino, por compartir conmigo tantos desvelos, risas y lágrimas, sin tu apoyo y confianza esto no hubiese sido posible. Gracias por ser más que mi hermana.

A mi hermano Migue y su familia, Gaby, Leslie, Mary y Ricky, por su apoyo, cariño y la confianza que tienen en mí, porque a pesar de la distancia siempre están presentes en cada uno de mis logros.

A Miguel, por tu cariño y compañía, por seguir a mi lado durante estos 3 años, sé que no ha sido fácil, pero al final siempre encuentras la mejor manera de hacerme sonreír. Gracias por haber llegado a mi vida.

A mis maestros y amigos, por su apoyo y enseñanzas que hicieron posible concluir esta etapa.

Gracias a Dios por permitirme llegar hasta este momento.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN .....	25
CONCLUSIONES. ....	31
RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

## **RESUMEN**

En la medicina se ha presentado un deterioro de la relación médico paciente lo que genera problemas médico legales, por lo que es necesario concientizar a los trabajadores de salud sobre estas conductas y qué medidas se pueden implantar para mejorar dicha relación.

Objetivo: Validar el cuestionario “El enfoque humanista del anestesiólogo”.

Material y Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, prospectivo y como técnica un test – retest para la validación de contenido del instrumento. Se encuestaron a los médicos adscritos de anestesiología del Hospital General Ticomán y médicos residentes de anestesiología de los tres grados de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Fueron 57 encuestas realizadas en el mes de Febrero de 2019 y posteriormente en el mes de Mayo de 2019. El cuestionario se realizó a los mismos participantes.

Resultados: Del total de participantes, 66.7% son mujeres y 33.3% hombres, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.6898, es decir, la confiabilidad del instrumento es buena.

Conclusiones: Se demostró una confiabilidad buena del instrumento, éste puede ayudar a identificar conductas de deshumanización en los médicos e intervenir para mejorar la relación médico paciente.

**Palabras Clave: Deshumanización, humanismo, relación médico – paciente.**

## **ABSTRACT**

Since the medical-patient relationship has been damaged or deteriorated and due to may cause a medical-legal problems, is necessary sensitize to health workers about this conduct and actions that may take to improve this relationship.

Objective: "El enfoque humanista del anestesiólogo" questionnaire's validation.

Materials and methods: A quantitative, observational, descriptive, transversal and prospective study with a test - retest technique to validate questionnaire content was carried out. Anesthesiologist medicals assigned to Hospital General Ticomán and resident medicals of anesthesiology in the three grades from Secretaría de Salud de la Ciudad de México were surveyed. 57 questionnaires were applied twice to the same participants, at february 2019 and later in May 2019.

Results: Participants: 66.7% women and 33.3% men, it was obtained 0.6898 Cronbach's Alpha, so that the instrument's reliability is good.

Conclusions: A good reliability from the instrument was shown and it can be useful and help to identify medical's dehumanization conducts and intervene to improve medical-patient relationship.

**Keywords: Dehumanization, humanism, medical-patient relationship.**

## INTRODUCCIÓN

Se ha identificado un descontento en la población con respecto a la atención médica por actitudes como no permitir al paciente expresar sus ideas o emociones, no escucharlo o mostrarse indiferente y distante ante su sufrimiento, como consecuencia de los fenómenos socioculturales que se han presentado a lo largo del tiempo.

Desde tiempos muy remotos, la figura del médico se percibe como “humanista”, pero ¿qué es el humanismo?.

- Humanismo.

De acuerdo a la definición del diccionario de la Real Academia Española, lo define como: 1. Cultivo o conocimiento de las letras humanas. 2. Movimiento renacentista que propugna el retorno a la cultura Grecolatina como medio de restaurar los valores humanos. 3. Doctrina o actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos<sup>[1]</sup>

Cuando se habla del humanismo en medicina, si tomamos en cuenta esta definición, no es propiamente a lo que queremos referirnos; como lo señala Ruy Pérez Tamayo en su texto “Humanismo y medicina”, más bien queremos hacer referencia al término “humanitario”, cuya definición de la misma fuente significa: 1- Que mira o se refiere al bien del género humano. 2. Benigno, caritativo, benéfico. 3. Que tiene como finalidad aliviar los efectos que causan la guerra u otras calamidades en las personas que las padecen<sup>[1]</sup>

Con todo esto podemos ver que no se trata que el médico sea un experto en Literatura, sino más bien que sea benigno, caritativo, es decir, en vez de humanistas deben ser humanitarios.

- Deshumanización.

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española significa: Acción y efecto de deshumanizar, y esta última palabra la define como: Acción de privar de caracteres humanos.

En la literatura ha sido considerada y descrita como la privación de aquellas cualidades que distinguen a una persona como ser humano tales como inteligencia, amor, felicidad, valores, creencias morales, el lenguaje, la vergüenza.<sup>[2]</sup>

La deshumanización no es más que la pérdida de la capacidad axiológica, tan propiamente humana, cuando estamos rodeados de tanto poderío científico y tecnológico que ha formado parte del desarrollo de la enseñanza y la práctica de la medicina.<sup>[2]</sup>

Entendiendo bien estas definiciones, se puede hacer un amplio abordaje del tema desde el punto de vista bioético.

La Bioética proviene de dos términos griegos “bios” y “ethike” que significan vida y ética, lo que podemos entender como la ética de la vida.

De acuerdo con la “Encyclopedia of bioethics”, la Bioética se define como: “El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y principios morales” [3].

El objetivo de la bioética de acuerdo al Hastings Center (1969) y al Instituto Kennedy es: “Animar al debate y al diálogo interdisciplinar entre la medicina, la filosofía y la ética” [3].

En nuestro país, desde el año de 1970, se han conjuntado esfuerzos continuamente por institucionalizar el desarrollo de la Bioética en México. Como resultado de estas acciones, en el año de 1992, se crea la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA).

Cabe destacar que no existe un consenso definitivo del concepto de Bioética, incluso la CONBIOÉTICA formuló su propia noción del concepto como una “extensión de la ética que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos de políticas públicas, para regular y resolver conflictos de la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y la investigación médica, que afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones” [4].

La CONBIOÉTICA ha venido promoviendo la integración de una infraestructura bioética en todo el país, y uno de sus resultados ha sido la adición y la reforma a la Ley General de Salud para introducir el carácter obligatorio de contar con

Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación en todos los establecimientos hospitalarios y Centros de Investigación del país, sujetándose a los criterios establecidos por la comisión.

La CONBIOÉTICA y en general las diversas instancias que conforman la infraestructura bioética en el país, constituyen un apoyo para salvaguardar la dignidad y los derechos humanos de los pacientes y sus familiares.

Debemos siempre tener en cuenta que la bioética está presente en nuestra práctica médica diaria, y no solo como aquello que considera la parte humana y moral de nuestra práctica, sino ya con una implicación legal, un ejemplo de esto es el consentimiento informado, el cual se trata de convertir en el elemento decisivo para hacer prevalecer entre los diversos bienes en juego, sobre la base del principio “volenti non fit injuria: a quien consiente no se le hace ningún daño” [5].

En México, previo a cualquier procedimiento anestésico, se debe contar con la firma de este documento, y en caso de ser cirugía electiva, el momento en el cual se lleva a cabo esta acción es en la consulta de valoración preanestésica, la cual es de carácter obligatorio en nuestro país, tal como se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, en el numeral 5.4 que señala “En los casos de cirugía programada, la valoración o consulta preanestésica, se deberá realizar con suficiente anticipación a la fecha del procedimiento quirúrgico; en todos los

casos, se requerirá que el médico responsable de aplicar la anestesia, lleve a cabo una nueva valoración pre-anestésica antes de iniciar el procedimiento <sup>[6]</sup>.”

Al hablar de la deshumanización del médico, debemos conocer dichos preceptos bioéticos, y cómo es que la relación médico paciente se ha ido modificando a través de los años.

Puede parecer contradictorio, pero el ser humano actualmente, a pesar del enorme desarrollo de los medios de comunicación, cada vez se comunica menos y, a pesar de vivir en grandes comunidades, el ser humano se va convirtiendo en un ser aislado.

Los médicos, al ser también seres humanos, no están exentos de estos cambios. Se dice que los seres humanos oscilamos entre el reconocimiento de los derechos del otro y el deseo de su sometimiento. El médico oscila de igual modo en relación a su paciente, nuestra identidad comunitaria se desvanece, para prevalecer una identidad individualista y solitaria <sup>[7]</sup>.

Otro aspecto importante a considerar como parte de este fenómeno de deshumanización, es la formación académica de cada uno de los profesionales de la salud; esta es una sociedad que se ha quedado sin tiempo, donde todo es urgente, por tanto la formación humanista queda muchas veces relegada a solo unas pocas horas, y como consecuencia, se forman técnicos en lugar de ciudadanos, se forman competidores en lugar de seres solidarios, por lo que a la hora de entablar una relación con el paciente, la comunicación con el

enfermo o sus familiares, no es la adecuada, lo que da lugar a malas interpretaciones por parte de los pacientes, considerando al médico como inhumano, por lo que hay que tener siempre presente que “el tiempo también forma parte de la atención humana, ya que de él depende la existencia compartida: el acto de cobijar y acompañar al enfermo” [7].

En la actualidad nos enfrentamos a una medicina altamente tecnificada, con diagnósticos certeros y resultados bastante eficientes, pero con una elevada tasa de desconfianza por parte de los pacientes debido a los cambios que han arraigado en el pensamiento médico el hecho de que la salud y la enfermedad son hechos puramente biológicos, sin carga emocional, es decir nos enfrentamos a un paradigma positivista, en el cual se desarrolla la medicina actualmente, se ha ido olvidando la esencia de la medicina “es una relación de servicio al prójimo basada en la confianza mutua: la del enfermo en la idoneidad y honorabilidad del médico y la del médico en la disposición y voluntad del enfermo de recuperar su salud ” [8].

En cuanto a procedimientos técnicos se refiere, frecuentemente el paciente se siente indefenso frente a situaciones desconocidas, padeciendo miedo y ansiedad. La formación de profesionales de excelencia, especialistas en áreas muy determinadas de la medicina, podría ser percibida por los usuarios como un sistema de atención despersonalizado [9].

Estudios recientes demuestran el deterioro de la empatía y la relación médico paciente durante los años de formación médica. Los estudiantes que en los primeros años de la facultad conservan el entusiasmo por ser médico y se muestran sensibles al sufrimiento del enfermo, pierden esa capacidad con el paso del tiempo. En los años finales de la formación universitaria se crea una cultura de distanciamiento del enfermo para no implicarse emotivamente <sup>[10]</sup>.

Pero, ¿Por qué este cambio en la actitud y el pensamiento de los estudiantes? Uno de los aspectos a tomar en cuenta es el ejemplo de los profesores y formadores profesionales, quienes son inspirados por las actitudes que contemplan en sus profesores. Actuar junto al enfermo, viendo cómo se hace, permite incorporar actitudes y comportamientos que delinean el estilo profesional al futuro. Hay que recordar que “el buen ejemplo educa, así como deforma el malo” <sup>[10]</sup>.

El profesor de la educación médica superior debe promover e inculcar en los estudiantes los principios de la ética médica en su relación con los pacientes y sus familiares a través de la palabra y del ejemplo ante sus alumnos, a la vez que desarrollará el esfuerzo necesario dirigido a garantizar la adecuada adquisición de conocimientos y habilidades entre éstos <sup>[11]</sup>.

Los médicos en formación se enfrentan en la actualidad a una medicina fragmentada, pues hay una amplia gama de especialidades dedicadas a atender problemas específicos y dejando de lado a la persona como un todo.

Las especialidades troncales, quirúrgicas y tecnológicas se fueron fragmentando con los avances científicos y tecnológicos de la época; con esta fragmentación de la atención se llega a un punto en el cual, con 5 afecciones diagnosticadas, se llegan a recibir más de 5 recetas y nos enfrentamos a otro problema, la polifarmacia. Es por ello que surge un modelo de Medicina centrada en la persona, el cual presupone un “diálogo maduro” entre el médico y el paciente, este tipo de medicina busca poner el foco de atención a lo que un paciente particular necesita antes que lo que la ciencia en su estado actual dictaría <sup>[12]</sup>.

Los médicos pueden adoptar estas actitudes distantes para evitar ser afectados personalmente, pero también para proteger su concentración, utilizar mejor su tiempo y tratar de mantener la imparcialidad <sup>[13]</sup>.

Todas estas situaciones han llevado a los médicos a dejar de lado la empatía, la cual se refiere a la capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, lo que otro individuo puede sentir, olvidando lo más importante, que el paciente acude con el médico no por simpatía, sino porque necesita ayuda y al mismo tiempo, porque busca consuelo a su padecimiento <sup>[14]</sup>.

La educación en salud ha estado enfocada en el aprendizaje técnico, en el que se privilegia el conocimiento por sobre el aprendizaje de las relaciones con otros profesionales, derivado de esto ha surgido el concepto de “humanización de la salud”, en el que se considera a la persona como un ser integral,

merecedor de cuidado técnico y también en áreas más subjetivas <sup>[15]</sup>. El proceso de humanización en el acto médico empieza con el entendimiento adecuado y contemporáneo del concepto de sanidad y de bienestar del individuo, promovido en todas las dimensiones: física, mental, social y espiritual <sup>[16]</sup>.

Finalmente quiero citar al Dr. Fernando Martínez Cortés, con su libro “Médico de personas”, en el que menciona que el Médico debe ser capaz de considerar síntomas y causas no escritas, de leer exámenes de laboratorio lo mismo que las representaciones culturales del enfermo, en busca quizá de una cura global que atienda al cuerpo y la psique del que sufre. Este sería un médico ideal, que parece lejano al camino que ha tomado la medicina contemporánea <sup>[17]</sup>.

El problema que nos planteamos actualmente es si se está dejando en segundo término el sentido humanista de la medicina por orientarse más a un sentido técnico científico.

Como consecuencia de los cambios que se han presentado en el personal de salud, surgen diversos cuestionamientos:

- **¿El sólo atender al paciente en sala de quirófano hacen al médico anesthesiólogo más deshumanizado?**
- **¿Los valores y cualidades que debe tener un médico han cambiado en las nuevas generaciones?**

Se puede justificar el estudio hacia el médico anestesiólogo porque el tiempo que pasa éste en contacto con el paciente es breve, incluso en ocasiones este contacto se da únicamente en la sala de quirófano, a pesar de que la consulta de valoración preanestésica es de carácter obligatorio en nuestro país, tal como se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, en el numeral 5.4 que señala “En los casos de cirugía programada, la valoración o consulta preanestésica, se deberá realizar con suficiente anticipación a la fecha del procedimiento quirúrgico; en todos los casos, se requerirá que el médico responsable de aplicar la anestesia, lleve a cabo una nueva valoración pre-anestésica antes de iniciar el procedimiento <sup>[6]</sup>.”; pero esto no garantiza que el médico que realiza la valoración preanestésica sea el mismo quien realice la intervención anestésico – quirúrgica y no siempre se lleva a cabo la consulta preanestésica, es por esto que muchas veces este especialista es percibido por el paciente como “deshumanizado” o desconocido.

La consulta de valoración preanestésica, cumple con sus objetivos establecidos de evaluación integral del paciente, establece un riesgo anestésico y plantea el plan y técnica anestésica individualizada para cada paciente; también es el momento en el cual el médico anestesiólogo puede hacer que el paciente adquiera confianza, se sienta comprendido y escuchado por el médico, es decir que se pueda lograr una relación cordial y fraterna entre ambos, nunca perdiendo la objetividad y recordando que es éste también el momento de la firma del consentimiento informado, la cual se llevará a cabo posterior a que el

médico explique con claridad al paciente y al familiar (en caso de que se encuentre presente) la técnica a utilizar, los riesgos, beneficios y posibles complicaciones del procedimiento anestésico quirúrgico.

Al omitir esta pieza importante del acto médico, estamos limitando esta parte humanitaria del personal de salud, el momento en que la empatía juega una parte crucial en la relación médico – paciente, condicionando que esta relación se perciba únicamente en un sentido técnico – científico.

Puede ser que el deterioro de la relación médico-paciente y la aparición cada vez más marcada de deshumanización en el personal de salud, se origine desde la formación en las Universidades de los nuevos médicos, ya que se deja de lado el aspecto bioético de la Medicina, para dar mayor importancia a perfeccionar las técnicas y los conocimientos de los estudiantes, olvidando esta parte importante de la medicina, en la cual en muchas ocasiones, el paciente va en busca del médico únicamente para ser escuchado, para dar a conocer su “padecimiento” y no su enfermedad.

En los últimos años, desde la creación de la CONBIOÉTICA en México, se está poniendo énfasis en este aspecto Humanista de la Medicina, por lo que es necesario identificar en el personal de salud, en este caso, del Médico Anestesiólogo, cuáles son los signos de deshumanización que presentan, y con ello poder adoptar medidas para fortalecer, mejorar y fomentar una relación médico – paciente más humanitaria y empática.

Otros objetivos del estudio son:

- Determinar si hay deshumanización de los médicos anestesiólogos.
- Realizar una entrevista guiada para identificar estrategias y humanizar la relación médico-paciente con los anestesiólogos.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO.**

- Área de investigación: Bioética.
- Tipo de estudio: cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

### **DEFINICIÓN DEL UNIVERSO**

Finito.

Se incluyeron a todos los médicos adscritos del servicio de anestesiología del Hospital General Ticomán y los médicos residentes de anestesiología de los 3 grados de especialidad de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México que cumplieran con los siguientes criterios:

**Tabla I. Criterios de los participantes.**

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Médicos especialistas adscritos al servicio de anestesiología de cualquier edad y sexo.</li><li>• Médicos especialistas tanto recién egresados como médicos de mayor antigüedad.</li><li>• Médicos residentes de anestesiología de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.</li></ul>
<b>CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Médicos que se encuentren de vacaciones.</li><li>• Médicos que se encuentren de incapacidad.</li></ul>
<b>CRITERIOS DE ELIMINACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Médicos que hayan respondido de forma incompleta la encuesta.</li></ul>

## DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

Se aplicó directamente por parte del investigador a todo el personal de anestesiología del Hospital General de Ticomán (Médicos adscritos) y a todos los médicos residentes de anestesiología de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México de primero, segundo y tercer grado de residencia que quisieron participar en el estudio el cuestionario “*El enfoque humanista del anestesiólogo*”, el cual consta de 13 ítems que fueron respondidos con base en la siguiente escala:

- (1)** Totalmente en desacuerdo
- (2)** En desacuerdo
- (3)** Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4)** De acuerdo
- (5)** Totalmente de acuerdo.

El cuestionario se aplicó en 2 ocasiones al mismo personal, se realizó un primer cuestionario en el mes de Febrero de 2019 y una segunda aplicación en el mes de Mayo de 2019.

**“EL ENFOQUE HUMANISTA DEL ANESTESIOLOGO”**

Para fines estadísticos, favor de indicar la siguiente información:

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Género:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

Soltero  Casado  Unión Libre  Divorciado  Viudo

**Número de hijos:**

Ninguno  1  2  3 o más

*\*En caso de ser Médico Residente:*

**Año de residencia:**

Primero  Segundo  Tercero

*\*En caso de ser Médico Adscrito:*

**Antigüedad laboral:** \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

**Número de empleos actualmente:**

1  2  3 o más

### Valoración del cuestionario

#### “EL ENFOQUE HUMANISTA DEL ANESTESIOLOGO”

Marque con una X la aseveración que mejor le parezca para responder cada una de las siguientes preguntas, tomando en consideración la escala siguiente:

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) En desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) De acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

FOLIO:  

	1	2	3	4	5
1.- ¿Cree usted que la consulta de valoración preanestésica es importante para la humanización de la relación médico paciente?					
2.- ¿Considera que el médico anestesiólogo que evalúa al paciente en la consulta preanestésica debe ser el mismo que realice el procedimiento anestésico?					
3.- Con respecto a la pregunta anterior, ¿Cree usted que con ello se mejoraría la relación médico paciente?					
4.- ¿Usted se presenta con el paciente antes de la cirugía, explica la técnica anestésica, riesgos y complicaciones que pueden ocurrir?					
5.- ¿Considera usted que la empatía (saber apreciar los sentimientos del otro) es una cualidad que deben tener todos los médicos?					

	1	2	3	4	5
6.- ¿Considera que a lo largo del tiempo se ha ido deshumanizando la relación médico paciente?					
7.- ¿Considera que en esta época se da más importancia al conocimiento científico que al humanista en el ámbito de la medicina?					
8.- ¿Cree usted que el volverse distantes con el paciente y poco empáticos constituye en ocasiones un mecanismo de defensa del médico a la frustración?					
9.- ¿Considera que el médico anestesiólogo es menos humanitario con relación a otras especialidades?					
10.- ¿Considera usted que el seguimiento del paciente posterior al procedimiento anestésico quirúrgico es importante para la relación médico-paciente y humanización del médico anestesiólogo?					
11.- ¿Usted le da seguimiento al paciente en la sala de recuperación hasta su egreso?					
12.- ¿Usted realizaría un seguimiento del paciente en el área de hospitalización, independientemente de que se haya suscitado alguna complicación en el procedimiento anestésico – quirúrgico?					
13.- ¿Usted considera que durante su preparación en la especialidad de anestesiología, sus profesores fueron cínicos o abusivos?					

¡Gracias por su participación!

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

**Tabla II. Operacionalización de variables**

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Calificación</b>
<b>Médicos adscritos al servicio de anestesiología</b>	Compleja	Tipo de contratación del personal.	Cualitativa nominal.	Número de personas con contrato como médico adscrito.
<b>Edad</b>	Contexto	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativa discontinua.	Años.
<b>Sexo</b>	Contexto	Conjunto de características no biológicas asignadas a hombres y mujeres.	Cualitativa nominal.	Masculino o femenino.

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Calificación</b>
<b>Antigüedad laboral</b>	Contexto	Tiempo que ha laborado como médico adscrito.	Cuantitativa discontinua.	Meses o Años.
<b>Estado civil</b>	Contexto	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa nominal.	Soltero, casado, Viudo, Divorciado, Unión Libre.
<b>Número de empleos actualmente</b>	Contexto	Instituciones en las que labora simultáneamente.	Cuantitativa continua.	1, 2, 3 o más
<b>Número de hijos</b>	Contexto	Número de descendientes.	Cuantitativa discontinua.	Ninguno, 1, 2, 3 o más.

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Calificación</b>
<b>Año de residencia</b>	Contexto	Grado académico en la residencia de anestesiología.	Cuantitativa continua.	1, 2, 3.

## **PLAN DE ANÁLISIS**

Todas las variables fueron asentadas en una hoja de recolección de datos electrónica en el programa Excel 2010. El procesamiento de los resultados para la estadística descriptiva y analítica, así como la realización de tablas y gráficos se realizaron en Excel 2010 en conjunto con el programa estadístico informático Minitab 18, Minitab Inc., 2017.

Como método empleado para el análisis estadístico en el presente estudio se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual nos permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante este coeficiente asume que los ítems miden un mismo

constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

Las medidas de estadística descriptiva utilizadas para las variables fueron:

Medidas de tendencia central:

- Media (promedio aritmético de una distribución).
- Mediana (valor que divide a la distribución por la mitad).

Medidas de dispersión:

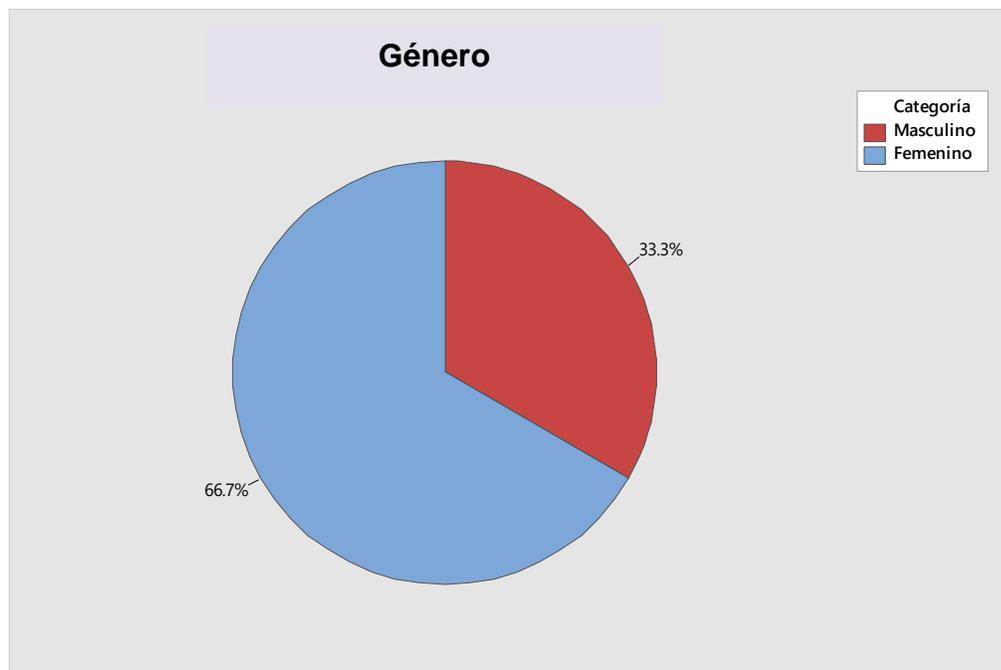
- Desviación estándar (promedio de las desviaciones de cada puntuación, con respecto a la media).

## RESULTADOS

Se realizaron un total de 57 encuestas (n=57) en el primer test y 57 en el re test, los participantes incluidos en este último fueron los mismos que en la primera aplicación, durante el periodo comprendido del 1 de Febrero de 2019 al 31 de Mayo de 2019 en el Hospital General Ticomán y a los médicos residentes de anestesiología de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

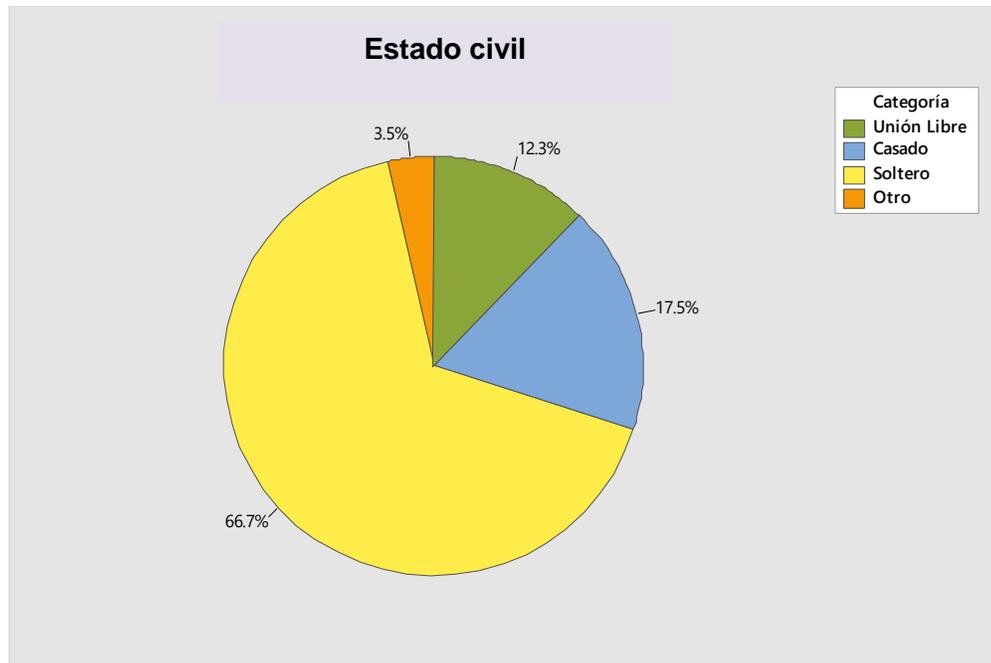
Se observó predominio de género femenino (66.67%) con respecto al género masculino (33.33%), con una media de edad de 32.08, desviación estándar 8.070. El 66.7% de los participantes son solteros, 17.5% casados y 12.3% unión libre, 73.7% de los encuestados no tienen hijos (Figura 1 y Figura 2).

**Figura 1. Distribución por género de la muestra**



**Figura 1.** Se observa un marcado predominio de sexo femenino.

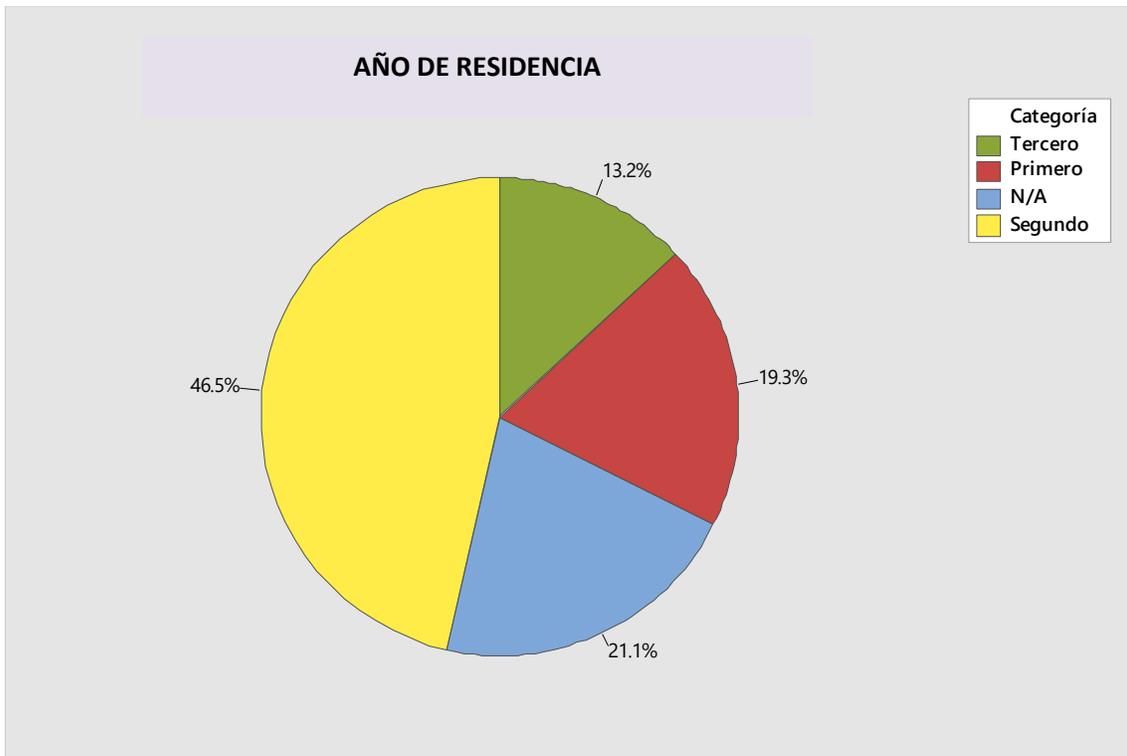
**Figura 2. Estado civil**



**Figura 2.** Predomina el estado civil soltero (amarillo), seguido de casado (azul), unión libre (verde) y otros (naranja).

Del total de la muestra, el 21.05% corresponde a Médicos adscritos y 78.95% son médicos residentes, de los cuales 46.49% son de segundo año, 19.30% de primer año y 13.16% tercer año (Figura 3).

**Figura 3. Porcentajes de acuerdo a año de residencia**



**Figura 3.** El color amarillo representa el porcentaje de médicos residentes de anestesiología de segundo año, color rojo residentes de primer año, verde residentes de tercer año y azul representa el número de médicos adscritos.

Se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.6898, todos los ítems obtuvieron un resultado  $>0.6$ , es decir que el instrumento evaluado tiene una confiabilidad buena (Tabla III).

**Tabla III. Coeficiente Alfa de Cronbach por ítems**

	Correlación				
	total				
	Media total	Desv.Est. total	Correlación ajustada por elemento	Correlación múltiple cuadrada	Alfa de Cronbach
Pregunta 1	47.202	5.270	0.1821	0.2463	0.6872
Pregunta 2	47.833	4.884	0.4773	0.7158	0.6483
Pregunta 3	47.623	4.979	0.3986	0.7031	0.6608
Pregunta 4	47.228	5.147	0.3932	0.4084	0.6700
Pregunta 5	47.456	5.049	0.3545	0.3738	0.6677
Pregunta 6	48.044	4.749	0.5559	0.5101	0.6323
Pregunta 7	48.096	4.992	0.3664	0.3719	0.6650
Pregunta 8	48.553	4.890	0.3645	0.2924	0.6646
Pregunta 9	49.649	4.933	0.3187	0.1885	0.6726
Pregunta 10	47.860	4.882	0.5528	0.4235	0.6408
Pregunta 11	47.868	5.250	0.0404	0.1236	0.7120
Pregunta 12	48.140	5.200	0.1118	0.2391	0.7000
Pregunta 13	49.289	5.079	0.1493	0.1424	0.7037

## **DISCUSIÓN**

Se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.6898, el instrumento evaluado tiene una confiabilidad buena, ya que el resultado obtenido se encuentra entre 0.61 y 0.8. Es importante destacar que para poder demostrar la consistencia interna del instrumento con un coeficiente Alfa de Cronbach mayor a 0.8, se necesitan realizar ajustes al mismo y nuevas aplicaciones para su análisis, sin embargo por el lapso de tiempo en el cual se realizó este trabajo no fueron posibles aplicaciones subsecuentes.

La deshumanización del médico en esta época es un tema muy controversial, muchas veces el personal de salud no percibe este tipo de conductas de indiferencia e insensibilidad ante el sufrimiento del paciente, en ocasiones se piensa que con resolver el problema orgánico de la persona es suficiente, sin embargo el trabajo del médico puede ser ineficaz si no está enmarcado en una relación real con el paciente, y en este caso, la comunicación juega un papel fundamental para que pueda existir; cuando se habla de comunicación no se refiere únicamente a la comunicación verbal, sino también a la expresión corporal que en muchas ocasiones hacen que el paciente no se sienta en confianza con el médico tratante.

En el caso de los médicos anestesiólogos, el tiempo que están en contacto con el paciente en el quirófano es breve y no existe por lo general un seguimiento posterior al evento quirúrgico salvo que se haya presentado un incidente o

alguna complicación durante el transanestésico, lo que hace aún más complejo establecer una relación real con el paciente, el momento en el que se puede entablar una relación médico paciente efectiva es en la consulta de valoración preanestésica que, a pesar de ser obligatoria, tal como lo señala la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, no todos los hospitales cuentan con esta consulta.

En la valoración preanestésica, se da un encuentro cara a cara entre médico y paciente, el anestesiólogo requiere de habilidades interpersonales basadas en los principios bioéticos (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia) y profesionales como el respeto, reconocimiento mutuo y empatía, el acto médico va acompañado a su vez de códigos morales y sociales que es imprescindible que conozcan todos los médicos. Éste es el momento de establecer una comunicación efectiva, en la cual las partes que intercambian el mensaje estén en armonía, es decir que el contenido informativo y emocional que implica sea recibido por ambos. El éxito de dicha comunicación no es producto de la casualidad, el aprendizaje de la comunicación médico paciente comienza desde la formación de pregrado en la escuela de medicina y corresponde a cada individuo el mantenerla a lo largo del tiempo.

Desde 1977 Engel, postuló la necesidad de un modelo médico holista, que él llamó biopsicosocial, en contraparte al modelo biomédico dominante, que ha dado lugar al desarrollo del llamado modelo centrado en el paciente, que recomienda averiguar sus creencias y expectativas para hacerlo partícipe, en

un plano de igualdad, al tomar decisiones <sup>[18]</sup>, entonces ¿por qué los problemas actuales en la comunicación con el paciente? Más del 50% de los encuestados coincide que en esta época se da más importancia al conocimiento científico que al humanista en el ámbito de la medicina, e incluso que el volverse distantes y poco empáticos con el paciente constituye en ocasiones un mecanismo de defensa del médico ante la frustración.

En la actualidad la relación Médico – Paciente es muy compleja porque en su desarrollo intervienen varios factores y por lo tanto se suscitan más conflictos de intereses que plantean dilemas de tipo éticos. Las diversas reformas en los sistemas de salud pueden estar contribuyendo en una parte importante en estos conflictos, el interés económico de las empresas del sector, las estrategias empleadas para controlar los gastos de las instituciones, la cantidad de recursos humanos y materiales y el tiempo que se invierte a la atención de un paciente hacen que el servicio brindado se vuelva deficiente. Cada vez es mayor la cantidad de pacientes que se atiende en las unidades de salud y el tiempo que se dedica a cada uno es más reducido, esta situación genera inconformidad tanto por parte del médico como del paciente.

Es importante señalar que la mayor parte de la literatura que se enfoca en el estudio de este tipo de problema como la deshumanización de los médicos y el deterioro en la relación Médico - Paciente es de otros países, en México son escasos los artículos que tocan en algún punto estos conflictos, sin embargo, esto no quiere decir que estemos exentos de esta situación. De acuerdo a las

estadísticas de la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) la relación Médico – Paciente se encuentra dentro de las primeras 3 causas de quejas ante esta comisión con un porcentaje de 18% durante el año 2018; del total de quejas por esta causa, la mayor parte son por falta de información, seguido de información errónea o incompleta y por último maltrato por parte del médico hacia el paciente <sup>[19]</sup>. De los resultados de la encuesta aplicada, la mayoría de los participantes dice presentarse con el paciente antes de la cirugía, explicar riesgos y complicaciones de la técnica anestésica, sin embargo en los hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México la mayoría de las ocasiones el médico que le realiza la valoración preanestésica y explica el procedimiento no es el mismo médico que lo atenderá en sala de quirófano e incluso si no llega a presentarse ninguna complicación durante la cirugía, el anestesiólogo por lo general no realiza un seguimiento del paciente en el área de hospitalización, así que puede percibirse como un médico “deshumanizado” por el escaso tiempo que tiene contacto con el paciente. El aumento en la cobertura de los servicios de salud ha hecho que la atención en salud se vuelva un asunto de masas, en el cual el médico pasa a ser un empleado asalariado de las grandes corporaciones de salud, lo que conlleva salarios cada vez más disminuídos que obligan a los médicos a tener más de un empleo, falta de insumos, pero sobre todo falta de tiempo en la atención de cada paciente, no es posible lograr una comunicación efectiva con éste y por lo tanto no se llegará a entablar una buena relación. De todos los médicos del servicio de anestesiología que participaron en el estudio, más del 90% tienen por lo menos

2 empleos, situación que podría estar influyendo en el desempeño laboral de los mismos, con aparición de signos de agotamiento tanto físico como psicológico y verse reflejado en el encuentro con el paciente, pudiendo ser percibido por éste último como un médico poco empático y “deshumanizado” sin llegar a entablar una adecuada comunicación.

Si se analizan las estadísticas de años anteriores, destaca un importante aumento en el porcentaje de quejas con respecto a la relación médico paciente, desde 2.5% que representaban el año de 1996 hasta la actualidad que se encuentra cerca del 20% <sup>[20]</sup>. Es alarmante observar un aumento de esta magnitud, pero al mismo tiempo esto nos obliga a hacer un análisis de las posibles causas que estén llevando a que se presente esta situación. Diversos países se han preocupado por desarrollar lineamientos que sirvan de guía para realizar acciones educativas en torno a la comunicación médico – paciente, uno de los primeros trabajos fue el consenso de Toronto y a partir de éste hubo otros consensos que contribuyeron a resaltar la importancia de estudiar esta interacción, en el año 2012 se publicó el consenso Europeo cuyos fines educativos fueron determinar objetivos de aprendizaje del currículo esencial de comunicación para todo profesional del cuidado de la salud y examinar su idoneidad en el plan de estudios del pregrado europeo <sup>[18]</sup>. En la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM se están enfocando en esta problemática con proyectos de investigación que tienen como objetivo diseñar estrategias pedagógicas para el estudio de la

comunicación Médico – Paciente <sup>[18]</sup>. Llevar a cabo una enseñanza adecuada en todas estas áreas favorece el desarrollo de una comunicación efectiva y enriquecen la formación del médico <sup>[21]</sup>.

## **CONCLUSIONES.**

La confiabilidad del instrumento es buena, coeficiente Alfa de Cronbach de 0.6898, es necesario realizar modificaciones y aplicaciones posteriores para demostrar su consistencia interna con un Alfa de Cronbach mayor de 0.8.

La mayor parte de los médicos anestesiólogos coinciden en la importancia de la consulta de valoración preanestésica para establecer una buena relación Médico – Paciente y con ello contribuir a la humanización de la misma. En esta época se da más importancia al conocimiento científico que al humanista en el ámbito de la medicina, ocasionando el deterioro en la comunicación con el paciente y la presencia de problemas de índole legal. En los últimos años se ha observado un aumento importante de las quejas ante la CONAMED por las inconformidades en la relación Médico – Paciente, cuya proporción se ha elevado hasta cerca de 20%.

Es necesario identificar las conductas de deshumanización no sólo en los médicos anestesiólogos, sino en las demás especialidades médicas para adoptar medidas e implementar estrategias de comunicación que mejoren la percepción que tienen los pacientes de los médicos, con ello se lograría una reducción significativa de quejas e implicaciones en problemas legales.

Secundario a los avances tecnológicos y científicos se ha descuidado el enfoque humanista de la medicina. Es necesario desde la educación en pregrado integrar estrategias pedagógicas para el estudio de las 3 dimensiones (biomédica, emocional e identidad cultural) de la comunicación Médico –

Paciente y enfocarse a un modelo médico centrado en el paciente recordando siempre el aforismo médico:

“Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”.

## RECOMENDACIONES.

- Debido al lapso de tiempo en el cual se realizó el estudio no se realizaron aplicaciones subsecuentes ni modificaciones al mismo para demostrar la consistencia interna del instrumento con un Alfa de Cronbach mayor de 0.8, se puede dar seguimiento a la investigación hasta llegar al resultado deseado para poder emplear el instrumento posteriormente en identificar conductas de deshumanización en el personal médico.
- En las Facultades de Medicina de nuestro país poner énfasis en la formación de recursos humanos con el diseño de estrategias para mejorar la comunicación en la relación Médico – Paciente.
- Considerar la importancia de bases bioéticas sólidas en todos los médicos, se puede llevar a la par de la educación técnico – científica en el caso de los residentes de Anestesiología un seminario de educación con enfoque humanista y bioético para modificar las conductas con tendencia a la “deshumanización” de los médicos actualmente.
- En el caso de los médicos adscritos, se podrían realizar talleres en los hospitales que se enfoquen en implementar estrategias para mejorar la relación médico – paciente y así poder incidir en la reducción del número de quejas ante la CONAMED por esta situación.
- Incorporar apoyo psicológico o de acompañamiento a los Médicos de pregrado, posgrado y adscritos que trabajan con personas quienes presentan sufrimiento y los confronta con la muerte.

- Finalmente jamás se tiene que olvidar que el personal médico debe estar en actualización constante con los avances científicos y tecnológicos de la época, pero esto no implica olvidar la existencia de un enfoque “humanista” en el actuar médico diario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Tamayo Ruy. Humanismo y Medicina. Gaceta Médica de México [Internet] 2013 [Consultado 21 Marzo 2018]; 149:349-53. Disponible en: [https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM\\_149\\_2013\\_3\\_349-353.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_349-353.pdf)
2. Ávila Morales Juan Carlos. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. IATREIA [Internet] 2017 [Consultado 21 Marzo 2018]; 30(2): 216-229. Disponible en: DOI 10.17533/udea.iatreia.v30n2a11.
3. Dr. Raúl Carrillo-Esper, Dr. Miguel ángel Zavala-González, Dra. Sonia López Flores. Bioética en anestesiología. Revista Mexicana de Anestesiología [Internet] 2017 [Consultado 21 Marzo 2018]; 40 (1): S383-S386. Disponible en <http://www.medigraphic.com/rma>.
4. Ruíz de Chávez-Guerrero Manuel Hugo. Veinte años de bioética en México: desarrollo y perspectivas de la Comisión Nacional de Bioética. Cirugía y Cirujanos [Internet] 2014 [Consultado 21 Marzo 2018]; 82(6): 699-708. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66232466015.pdf>
5. Alessio Musio. El capital in-humano. La bioética frente al “trabajo clínico”. Medicina y Ética [Internet] 2018 [Consultado 21 Marzo 2018]; 29(1): 11-43. Disponible en: <http://revistas.anahuac.mx/bioetica/issue/view/98>
6. NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

- 7.** Dr. Díaz Berenguer Álvaro. Qué significa una medicina más humana en tiempos de la industria de la salud-enfermedad. Arch Med Interna [Internet] 2015 [Consultado 15 Abril 2018]; 37(2): 83-86. Disponible en [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2015000200007&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2015000200007&lng=es).
- 8.** Pablo González- Blasco, Graziela Moreto, Marco Aurelio Janaudis, María Auxiliadora de Benedetto, María Teresa Delgado-Marroquín, Rogelio Altisent. Educar las emociones para promover la formación ética. Persona y Bioética [Internet] 2013 [Consultado 28 Marzo 2018]; 17(1): 28-48. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83228613003>.
- 9.** Valentina Duarte. Humanización de la asistencia médica en el servicio de urgencias: la importancia de los valores en salud. Emergencias [Internet] 2014 [Consultado 4 Abril 2018]; 26(6): 481-483. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/383642>
- 10.** Graziela Moreto, Pablo González Blasco y Agustina Piñero. Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. Educ Med [Internet] 2018 [Consultado 15 Abril 2018]; 19 (3): 172-177. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.12.013>
- 11.** MSc. Salas Mainegra Arlene, Dr. C. Ramón Syr Salas Perea. La Bioética en la educación médica superior cubana actual. Revista Cubana de Educación

Médica Superior [Internet] 2012 [Consultado 4 Abril 2018]; 26(3): 434-449. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412012000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000300009&lng=es).

**12.** Dr. Enrique de Mestral. Medicina centrada en la persona. Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int [Internet] 2015 [Consultado 18 Junio 2018]; 2(1): 107-112. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02\(01\)107-112](http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02(01)107-112).

**13.** José Ramón Loayssa Lara, Roger Ruiz Moral, Javier García Campayo. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes?. Atención Primaria [Internet] 2009 [Consultado 15 Abril 2018]; 41 (11): 646-649. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-por-que-algunos-medicos-se-S0212656709001966>

**14.** García Solís Eduardo. La empatía en la Medicina. Rev Latinoamericana Patol Clin Med Lab [Internet] 2015 [Consultado 18 Junio 2018]; 62 (4): 204-205. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2015/pt154a.pdf>

**15.** Javiera Martínez-Gutiérrez, Pietro Magliozzi, Patricio Torres, Mauricio Soto, Rosa Walker. Diplomado en salud y humanización: el valor de la reflexión y el aprendizaje presencial. Rev Med de Chile [Internet] 2015 [Consultado 21 Marzo 2018]; 143(3): 337-344. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000300008&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000300008&lng=es)

- 16.** María de Fátima Oliveira Dos Santos, María das Gracas Melo Fernandes, Harison José de Oliveira. Acogida y Humanización en la Visión de los Anestesiólogos. Revista Brasileira de Anestesiología [Internet] 2012 [Consultado 4 Abril 2018]; 62(2): 199-213. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000200006&script=sci\\_arttext&tIng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000200006&script=sci_arttext&tIng=es)
- 17.** N. Guzmán Ávila, A. López Austen, J.R. De La Fuente, S. Figueroa Zamudio. Comentarios al libro Médico de Personas, del Dr. Fernando Martínez Cortés. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet] 2012 [Consultado 18 Junio 2018]; 55(3): 22-30. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422012000300004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000300004)
- 18.** Hamui – Sutton Alicia y cols. Las tres dimensiones de la comunicación médico paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. Revista CONAMED [Internet] 2015 [Consultado 10 Enero 2019]; 20(1): 17-26. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2015/con151d.pdf>
- 19.** Información estadística institucional del año 2018 CONAMED [Internet] [Consultado 25 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conamed/documentos/informacion-estadistica-2018>

**20.** Indicadores relevantes sobre atención de controversias en salud 1996 – 2015. CONAMED [Internet] [Consultado 25 Mayo 2019]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/estadistica/indicadores.php>

**21.** Ileana María Petra – Micu. La enseñanza de la comunicación en medicina. Inv Ed Med [Internet] 2012 [Consultado 1 Junio 2019]; 1(4): 218-224. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/285>