



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28
“GABRIEL MANCERA”

“RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN
UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

T E S I S

Que para obtener el título de posgrado en la especialidad de:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Yesenia Areli Peña Hoyos

ASESORES:

Dr. Armando Martínez Peña

No de registro: R-2020-3703-010



Ciudad Universitaria, Cd. Mx.; 2020



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUR
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA"
COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACION DE TESIS

N° DE REGISTRO R-2020-3703-010

"RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR"

DRA. KATIA GABRIELA CRUZ NUÑEZ

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

DR. NAZARIO URIEL ARELLANO ROMERO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS

DR. ARMANDO MARTÍNEZ PEÑA

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR. CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA
Y FORMACIÓN DOCENTE, CMN SIGLO XXI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Jueves, 13 de febrero de 2020

M.E. Elena Lizeth Ayala Cordero

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **RELACIÓN MEDICO PACIENTE EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional
R-2020-3703-010

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un Informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios por acompañarme en este andar que es la vida, ayudándome a mantener mis creencias firmes y mi esencia inquebrantable. Gracias Padre por mostrarme siempre un motivo para seguir.

Agradezco a mis padres Elvira y Mario por el apoyo brindado en todos los aspectos imaginables, por sobrellevar conmigo estos tres años de enseñanzas y por aceptar los cambios que estas conllevan. Gracias por dejarme vivir esta experiencia a mi forma.

A mis hermanos Vania y Omar por soportarme en mis malos ratos y hacer más ligero el proceso, gracias por acompañarme en mis noches de desvelo... por arrancarme esa sonrisa que tantas veces necesité (Gracias a Coco quien también contribuyó a esto último).

A mi pareja Erick, gracias por la paciencia que me mostraste, por intentar entender la vida del médico, por escuchar mis anécdotas aunque no siempre las comprendieras, pero sobre todo gracias por ayudarme a convertirme en un mejor ser humano.

A mis amigas May y Lulú, sin ustedes la residencia no hubiese sido la misma y no habría sido posible concluir a tiempo esta tesis. Gracias por su apoyo sincero, sus palabras tan acertadas en mis ratos de miedo, de angustia o tristeza; y claro, gracias por las mil risas que me llevo en el corazón.

A los médicos que contribuyeron a mi formación, aquellos instructores ejemplares en la ciencia pero también increíbles modelos a seguir en la vida. A las personas que de una u otra forma me ayudaron en la elaboración de este proyecto y no me dejaron rendirme, en especial a la Dra. Jessica Camacho Ruiz por su tiempo y su disposición.

Por último, gracias a mis pacientes, a todos aquellos que me enseñaron que siempre se puede dar un poco más y que vale la pena hacerlo, por mostrarme otra cara de la Medicina Familiar que no se aprende en el aula. Gracias a esos pacientes que siempre serán mi mejor libro.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 “GABRIEL MANCERA”
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

“RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

Tesis para obtener la especialidad en Medicina Familiar

PRESENTA:

Yesenia Areli Peña Hoyos

Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Matrícula: 97371465

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28

Correo: arelihayos16@hotmail.com

Celular: 0445537164823

Fax: sin fax

ASESORES:

Dr. Martínez Peña Armando

Matrícula: 10920366

Médico especialista en Medicina Familiar

Lugar de trabajo: Edificio de salud en el trabajo 6° piso, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Adscripción: Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Correo: armando.martinezpen@imss.gob.mx

Celular: 5543446813

Fax: sin fax

Ciudad de México; 2020

**“RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR”**

Peña Hoyos Yesenia Areli
Martínez Peña Armando

ÍNDICE

RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN.....	12
MARCO TEÓRICO	13
¿Qué es la relación médico-paciente?.....	13
Historia de la relación médico paciente	15
Modelos de la relación médico-paciente.....	17
Autonomía del paciente	18
Comunicación.....	20
Satisfacción del paciente	23
Adherencia al tratamiento.....	24
Alfabetización en salud.....	26
Deficiencias y retos	27
JUSTIFICACIÓN.....	30
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	31
Planteamiento del problema	31
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	32
OBJETIVOS	33
Objetivo General	33
Objetivos Específicos	33
MATERIAL Y MÉTODOS	35
Sede del estudio.....	35
Tipo de estudio.....	35
Periodo de estudio.....	35
Muestreo	35
Definición operacional y conceptual de variables.....	36
Definición conceptual y operacional de los indicadores	37
Variables de control (variables sociodemográficas)	38
Criterios de selección	40
Criterios de inclusión.....	40

Criterios de exclusión.....	40
Criterios de eliminación.....	40
INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS	41
Instrumentos.....	41
Recolección de datos	41
Control de Sesgos	43
Análisis estadístico	44
CONSIDERACIONES ÉTICAS	45
RESULTADOS	47
DISCUSION.....	58
CONCLUSIONES	62
ANEXOS.....	63
Cronograma de actividades	63
Lista de cotejo “relación médico-paciente”	64
Encuesta de Satisfacción para el paciente	65
Consentimiento informado para el paciente.....	65
Consentimiento informado para el médico.....	66
Dictamen de autorización por el comité de investigación y bioética	67
BIBLIOGRAFIA.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables demográficas de la población estudiada.....	48
Tabla 2. Características de los médicos.....	48
Tabla 3. Acciones/actitudes negativas percibidas durante la consulta.....	50
Tabla 4. Lista de cotejo para el médico	52
Tabla 5. Habilidad en comunicación.....	53
Tabla 6. Habilidad para la empatía	54
Tabla 7. Autoridad ejercida	55
Tabla 8. Educación para la salud	56

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Grafica 1. Resultado global de la encuesta de satisfacción.....	49
Grafica 2. Resultado global de la lista de cotejo.....	52
Gráfica 3. Habilidad en comunicación	53
Gráfica 4. Habilidad para la empatía	54
Grafica 5. Autoridad ejercida.....	55
Grafica 6. Educación para la salud	56

ABREVIATURAS

IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
OMS	ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
CONAMED	COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO
CIEFD	CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN DOCENTE SIGLO XXI
CLIEIS	COMITE LOCAL DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD

RESUMEN

“RELACION MEDICO PACIENTE EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

Autores: Peña Hoyos Yesenia Areli¹ / Dr. Martínez Peña Armando²

1. Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familia, Unidad de Medicina Familiar No. 28

2. Médico especialista en Medicina Familiar. Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI

Introducción: En los últimos años es cada vez más frecuente que el paciente se queje de una medicina deshumanizada. A pesar de los esfuerzos por mejorar la relación médico-paciente como piedra angular de la medicina, la mala interacción sigue siendo un problema a nivel mundial que se ve reflejado en un gran porcentaje de insatisfacción de ambas partes.

Objetivo: Analizar la percepción del paciente de su “relación médico paciente” en la Unidad de Medicina Familiar No. 28.

Material y Métodos: estudio transversal y descriptivo, mediante la aplicación de 200 encuestas a pacientes derechohabientes en la Consulta Externa de Medicina Familiar de la UMF No. 28. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad, alfabetizados y que acepten participar en el estudio. Se realizó una base de datos y tablas de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, para las variables cuantitativas se obtuvo mediana y rango intercuartil. Se realizó la estadística descriptiva de los datos obtenidos.

Resultados: se obtuvo una muestra de 384 pacientes, 74% mujeres y 26% hombres, con una mediana de edad de 65.5 (RIC 55-73.5) años. Participaron un total de 29 médicos, 62% mujeres y 38% hombres, con una mediana de edad de 35 (RIC 33-43.5) años, el 93% contaba con la especialidad de medicina familiar y el 7% laboraba como médico general. Con una mediana de años de antigüedad de 7 (RIC 2-15.5) años. El 85% de los pacientes calificaron su relación médico-paciente como buena y el 15 % como media. El 75% de los médicos obtuvieron una calificación alta para su relación médico-paciente, 15% relación médico-paciente media y 10% baja. La principal acción percibida como negativa por el paciente fue el no platicar de algunas otras cosas con el médico distintas al padecimiento (73%), la principal acción negativa observada en la lista de cotejo fue el no cerciorarse de que el paciente entendió pidiéndole que le repita lo que le indico (93%).

Conclusión: La relación médico-paciente en la Unidad de Medicina Familiar 28 es percibida como satisfactoria por sus derechohabientes. El hecho de no poder platicar de algo distinto a la enfermedad con el médico fue el punto negativo más significativo para la población. La presencia de autoritarismo durante la consulta y una regular aptitud para la educación del paciente fueron los apartados menos favorecidos en la evaluación del médico.

Palabras clave: relación médico-paciente

INTRODUCCIÓN

Comenzaremos por definir la relación médico-paciente como “el vínculo interpersonal que se establece con motivo de la prestación de la atención médica y que deberá caracterizarse por respeto mutuo, pleno reconocimiento de la autonomía, integridad y dignidad de las partes”. A lo largo del tiempo encontramos modelos de atención que van desde el paternalista hasta el técnico, pasando por modelos intermedios con enfoques centrados en el paciente y su familia, algunos de los cuales permiten reconocer los sentimientos abstractos del enfermo y el rol que tiene la sociedad y la familia dentro de su enfermedad con la finalidad de brindar una atención personalizada que responda a las necesidades del paciente. Dentro de los determinantes de esta relación podemos destacar la autonomía del paciente respecto al derecho y obligación que tiene a participar activamente en lo relacionado con su salud; la calidad de la comunicación (verbal y no verbal) como pilar básico y la empatía dado que las habilidades humanísticas del médico (y en especial del médico familiar) son ampliamente valoradas por el enfermo y su familia. Una mala relación médico paciente se traducirá en quejas e insatisfacción de ambas partes, dando como resultado la falta de adherencia al tratamiento con las consecuentes complicaciones y aumento en los costos sanitarios.

Solo en el 2018 la CONAMED reporta 1643 quejas concluidas tanto del sector público como privado, de ellas 637 corresponde al IMSS, 79 quejas concluidas para la especialidad de Medicina familiar situándola en el sexto lugar. Si nos enfocamos solo a las quejas con motivo de la relación médico paciente encontramos un total de 1392 incluyendo sector público y privado, se destaca la falta de información como primer motivo de la queja.

Razones por las cuales podemos comprender la importancia de conocer cuál es la percepción de nuestros derechohabientes así como los aspectos débiles de los médicos en esta materia a fin de implementar estrategias que nos permitan fortalecerlos. Dicho brevemente, rescatar el pilar del ejercicio médico para una atención con calidad y calidez.

MARCO TEÓRICO

¿Qué es la relación médico-paciente?

La salud es definida por la OMS como el estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de lesión o enfermedad, por tanto el ejercicio de la medicina se dará mediante un vínculo que solo podrá comenzar preguntando al paciente cómo está y qué es lo que desea para obtener (1, 2).

Desde que el hombre primitivo sintió por primera vez los sufrimientos de una enfermedad, recurrió a un semejante en busca de ayuda, el cual tratará de ofrecérsela según sus posibilidades. Con el tiempo surgiría alguien que, por vocación, características personales o designación del colectivo, se especializó en materia de salud y comenzó a aumentar su arsenal terapéutico (3). Así surgirá la relación médico-paciente como algo implícito en todo quehacer médico, y como toda relación implica conocer las partes que interactúan (médico, paciente, instituciones) y los intercambios producidos entre ellos (4,5). Visto de esta manera es el vínculo interpersonal que se establece con motivo de la prestación de la atención médica y que deberá caracterizarse por respeto mutuo, pleno reconocimiento de la autonomía, integridad y dignidad de las partes (6).

Si intentamos dar una definición integral podríamos definir la relación médico-paciente así: “Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud uno de las más preciadas aspiraciones del ser humano, y a diferencia de las relaciones interpersonales condicionales, la situación profesional más frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna en los aspectos señalados. La práctica médica, desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas (5). Dado su carácter de relación social debemos insistir que esta relación está matizada y en ocasiones determinada por el contexto

histórico, cultural, social y económico en el que el saber y la práctica médica se insertan por lo mismo y está supeditada a factores humanos (7).

Hablando de las relaciones humanas, la relación médico-paciente-familia es un arte complejo y difícil de dominar, es la piedra angular en la atención médica, que tiene miradas: desde el punto de vista del médico, el paciente y la familia, a pesar de estos puntos de vista diferentes es importante la adecuada relación de inter pares es fundamental para lograr su objetivo común: ofrecer y recibir una atención de salud adecuada (8).

Ahondando en otros campos que también se han interesado por el estudio de este tema encontramos al psicólogo Sigmund Freud quien considera que en el acto clínico, la relación médico-paciente es fundamental, y la historia clínica un instrumento imprescindible que permite al paciente contar lo que le pasa y relacionarlo con su historia familiar, su trabajo y su vida cotidiana. Por su lado, Weitzsäcker describe que el enfermo y la enfermedad constituyen un todo al que hay que interpretar de manera unitaria. Maraño complementa estos pensamientos dejándonos la reflexión de que hay que buscar con más ahínco al hombre en la enfermedad y no la enfermedad en el hombre, afirmando así que la medicina es “ciencia, arte y oficio” (9).

En el actual siglo, con el desarrollo socioeconómico, cultural, político y científico tecnológico, se ha ampliado la relación médico-paciente tradicional a una dimensión más abarcadora: la relación médico-paciente-familia concebida como el vínculo que se establece cuando un paciente, su familiar u otra persona relacionada con el paciente, se acerca a algún miembro del equipo de salud para solicitar sus servicios; con el tiempo se crea un lazo de orden afectivo y de reconocimiento entre ambas partes, que hace que el paciente deposite su confianza en el profesional y se generan así una serie de deberes y obligaciones. En la medida que mejore ese lazo en cuanto al tiempo, el afecto y todos los demás aspectos de ese contrato, que se establece entre ambas partes, la atención médica se podrá considerar superior (8).

Historia de la relación médico paciente

La relación médico-paciente era tan natural en la práctica de la medicina que no se le daba la importancia necesaria, no comenzó a hablarse de ella hasta que empezó a perderse (9). Esta relación ha ido cambiando a lo largo de la historia según han sido las transformaciones sociales y culturales. La relación médico-paciente, piedra angular de la gestión médica asistencial, ha pasado por diferentes etapas históricas: de compañía, mágica, mística, clerical, profesional, tecnicista e integral; en esta última, el hombre es valorado a la luz de la ecología de la salud como ente biopsicosocial, por la interacción dialéctica sujeto-medio (10).

A continuación se enlistan los principales puntos históricos:

- En civilizaciones antiguas la asistencia al enfermo era realizada por magos y brujos, la enfermedad y la salud eran interpretadas sobrenaturalmente y el tratamiento al enfermo era el rito mágico, el exorcismo, el abandono, la muerte, la plegaria, el sacrificio u ofrenda a los dioses; en esta época el médico tenía un carácter sacerdotal (9).
- En el siglo XVIII antes de Cristo el Código de Hammurabi, regula ya el ejercicio de la medicina con diecisiete leyes, aparece por primera vez en este código la relación médico-paciente y el ejercicio médico, se trataba de un simple práctico que curaba heridas, reducía fracturas o administraba hierbas, sin poder ni autoridad; además se disponía ya de penas para los errores médicos (11).
- En la espléndida y antigua Grecia surge el médico filósofo que se separa del sacerdote y origina el método clínico con la escuela Hipocrática de Medicina, este dicta el camino a seguir en la búsqueda del diagnóstico médico de la salud o la enfermedad, para de esta forma establecer un pronóstico y tomar decisiones terapéuticas adecuadas. El gran médico griego Hipócrates señala que hay en la medicina tres elementos: la

enfermedad, el enfermo y el médico. Insiste en la fuerza potencial de la relación médico-enfermo en el proceso curativo y considera que el paciente es, ante todo, un hombre que hay que respetar y cuidar. Para Platón el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad. La relación entre médico y enfermo es de amistad y, en ella, es fundamental la confianza del enfermo en la medicina y en el médico que le trata (8,9).

- Durante la Edad Media, el desarrollo científico y técnico queda subyugado al criterio moral y religioso. El fundamento de la relación médico-enfermo en el cristianismo es una modalidad de la amistad cristiana entre los hombres. El médico medieval le da importancia a la comunicación verbal con el enfermo con el objetivo de darle consuelo, de aliviarle (11).
- El siglo XX desarrolla una medicina masificada. La sociedad de consumo provoca una superabundancia de productos farmacéuticos. En los hospitales, con mayor tamaño y tecnificación se da un uso masificado de la medicina superándose la pura relación médico-enfermo (9). Durante este siglo surgen diversos documentos en materia de ética médica como el Código de Nuremberg, que regula éticamente las investigaciones con seres humanos aprobado después de que salieran a relucir los experimentos científicos realizados por médicos nazis. En la Declaración de Ginebra se exige al médico que debe "velar ante todo por la salud de su paciente" y el Código Internacional de Ética Médica estipula: "El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad" (8).

A manera de resumen, a mediados del siglo XIX la relación era paternalista, donde el médico tenía un rol activo y el paciente acataba pasivamente sus indicaciones. En un inicio el médico centralizaba toda la información, lo cual se perdió producto de las especializaciones médicas donde se produce una fragmentación de dicha información. Por otro lado, las habilidades diagnósticas clásicas de observación, palpación, percusión, auscultación se fueron perdiendo, producto del desarrollo tecnológico que dio lugar al modelo tecno-médico. Así, esta nueva etapa histórica modificó la medicina, la práctica médica y también generó cambios en las

expectativas de los pacientes, así como cambios sociales. La relación entre médicos y pacientes se está volviendo más problemática, ambas partes con frecuencia se sienten distantes (5,14).

Modelos de la relación médico-paciente

Existen varios tipos de relación médico-paciente, diversos autores han realizado clasificaciones, a continuación se muestran algunas de las más importantes por su popularidad e impacto en la sociedad (5):

- Relación activo-pasiva (modelo paternalista): Prevalece la actitud autoritaria del médico que dirige las acciones, indica y/o realiza los procedimientos diagnósticos terapéuticos, mientras que el enfermo sólo acata las indicaciones, sin que se tomen en cuenta su opinión, dudas o temores Este modelo es frecuente en México y países latinoamericanos, sobre todo en el medio rural (12).
- Relación de cooperación guiada (modelo autonomista donde decide el paciente y el médico tiene el rol de consultor): Se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento, como ocurre en algunas enfermedades agudas y crónicas (5).
- Relación de participación mutua (modelo de toma de decisiones compartidas): se establece una buena comunicación, se informa al enfermo y la familia, lo referente a su enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, así como la posibilidad de complicaciones, implica tener en cuenta las expectativas del paciente (en ocasiones, también de la familia), proporcionar información actualizada según los últimos conocimientos, identificar las incertidumbres, invitar al paciente a expresar su preferencia y verificar que ha elegido lo más adecuado para él. En este modelo intervienen la autonomía, la libertad y el juicio del paciente, en relación a lo que quiere o lo que espera, todo ello bajo la orientación del médico tratante (13).

Autonomía del paciente

Dentro de la relación médico-paciente es importante hablar de la autonomía, pues como se ha visto en la descripción de los modelos juega un papel importante para determinar el tipo de relación médico-paciente que se dará. Se plantea que el médico no tiene derecho a imponer su jerarquía personal y es el paciente quien decide, ante una situación determinada, qué acciones de salud realiza o le permite al equipo médico realizar para preservar la integridad psíquica y física: este es el principio de autonomía (15).

La medicina en el pasado ofrecía una mayor posibilidad de elección a los enfermos, por la coexistencia de diversos sistemas o teorías médicas que fueron perdiendo vigencia a favor de un único modelo: la medicina oficial. En ese sentido, al constituirse la medicina científica, más centrada en la enfermedad y en los medios diagnósticos y terapéuticos que en el mismo paciente, el paciente cada vez sabía menos y confiaba menos en sí mismo; mientras que el médico, cada vez contaba con más datos y con mejores medios de diagnóstico y terapéuticos, por lo que incrementaba su capacidad de decisión y con ello su autoridad existencial. En la relación médico-paciente actual, el médico dirige sus acciones al diagnóstico de la enfermedad, reduce a la persona a simple cuerpo humano, interroga al paciente para buscar la enfermedad y sus causas, con igual propósito palpa y ausculta su cuerpo e indica exámenes complementarios (10).

La autoridad adquirida gracias a la formación profesional, otorga mérito y facultad para favorecer al paciente en su rehabilitación. Sin embargo, el autoritarismo esgrimido por algunos profesionales, propone una situación de dominio lo que obliga al paciente a asumir un deber de obediencia. En esta relación el profesional no entrega respeto, sino sometimiento (15).

Además, se debe comprender y respetar los valores, las preferencias y las necesidades expresadas por los pacientes ya que este enriquece la interacción

paciente-médico. Debemos entender que la enfermedad y la experiencia de la enfermedad solo pueden describirse como un fenómeno social y cultural, de esta manera sabremos cómo los pacientes entienden su enfermedad, cómo responden y se comunican sobre ella, y cómo su enfermedad afecta sus vidas. (5,14).

Por lo cual en medicina, el Consentimiento informado es el procedimiento médico formal, una exigencia ética, y un derecho reconocido por las legislaciones de todos los países, cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, en palabras más simples, es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que los profesionales de la salud puedan realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico luego de haber comprendido la información proporcionada sobre los mismos (16).

Ahora bien los pacientes varían en su disposición a participar en la cultura de la biomedicina o participar en su propio cuidado, la capacitación en comunicación es un enfoque eficaz para aumentar el nivel total de participación activa de los pacientes en las interacciones de atención de salud, se ha visto que los pacientes capacitados no tienen visitas largas y tienden a recibir más información de sus proveedores (17).

Por un lado la mayoría los pacientes buscan información honesta y precisa sobre lo que los médicos piensan que está mal con ellos, qué planean hacer al respecto y qué resultados esperar; en respuesta el médico habitualmente juzga erróneamente este interés y tiende a ser reactivo a una comunicación más amplia. De igual modo los pacientes desean considerar sus metas y valores individuales cuando se trata de tomar decisiones sobre su cuidado, sin embargo, el modelo tradicional del médico autoritario y el paciente pasivo y receptivo que cumple con las recomendaciones médicas domina el encuentro en la mayoría de las ocasiones. En conclusión, la toma de decisiones compartida incorpora los valores y las preferencias del paciente en las decisiones médicas y coloca al paciente en el centro de la atención (14).

Comunicación

Consideremos ahora la comunicación como otro determinante esencial en la relación médico-paciente. El autor Canovaca Vega define la comunicación como aquellas conductas e instrumentos técnicos utilizados por el médico en la entrevista, para la ejecución de tareas. Incluye principalmente técnicas de apoyo narrativo (contacto visual facial, facilitaciones, señalamientos); técnicas de información (ejemplificación, información por escrito, racionalización del tratamiento, complemento visual táctil); y técnicas de negociación (respuesta evaluativa, paréntesis, doble pacto, cesión intencional) (5).

Partiendo de esa definición es obvia la importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente, es innegable para cualquier disciplina médica pero quizá sea mayor para el médico familiar, ya que la comunicación incluso se ha considerado como un instrumento indispensable para el trabajo del médico de familia (18). La comunicación eficaz médico-paciente se ha relacionado positivamente con la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes y médicos, y los resultados de salud. Asimismo, se ha probado la influencia de la calidad de la relación médico-paciente en la adherencia del paciente al tratamiento médico prescripto (5, 14).

Los autores Moore y Gómez del Río afirman que con el uso de habilidades de comunicación efectiva caracterizada por un modelo helicoidal (comunicar es construir sentido en la interacción), se busca aumentar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para el paciente (5).

La comunicación tiene como aliada importante la empatía entendida como la predisposición del médico por comprender el estado emocional ajeno, esta habilidad es fundamental para establecer una buena relación médico-paciente (2). Definitivamente uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo es que el médico demuestre estar interesado por él, creando un buen clima comunicacional ofreciendo un adecuado marco de confidencialidad, brindar tiempo y espacio, voz

suave, pausada, mirada sincera, escucha activa, silencios terapéuticos y gestos reafirmantes del espacio, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del tratamiento (5, 14).

Dicho brevemente las cualidades humanísticas del médico son fuertemente valoradas por los pacientes, de tal forma que la usencia de las mismas creará un enorme impacto negativo, esta “carencia” se puede explicar por diversos factores entre ellos la diferencia cultural existente entre ambas partes (18). Por otro lado, los médicos a menudo perciben que carecen de tiempo para brindar atención de calidad, por lo tanto se necesita aprender habilidades de comunicación eficientes y efectivas para superar la barrera del sistema dominante (14).

Aunque la literatura no refiere claramente las características deseables que un médico debería presentar, se proponen las siguientes habilidades básicas de comunicación que el médico que labora en el primer nivel de atención médica debe desarrollar (18):

- Abrir y cerrar la entrevista. Iniciar con una pregunta abierta.
- Habilidad para obtener y cuestionar datos.
- Habilidad para organizar la entrevista.
- Responder a las emociones y otras habilidades de la relación.
- Habilidades de comunicación intermedias:
 - Manejo de la violencia.
 - Negociación para cambios de conductas indeseables.
- Habilidades de comunicación avanzadas:
 - Habilidad para dar malas noticias.
 - Historia espiritual del paciente.
 - Decisiones avanzadas.
 - Dilemas éticos.

- Confrontación del alcohólico con su diagnóstico.

Para favorecer la comunicación y establecer una “Guía” al personal médico se han estudiado y propuesto modelos en los cuales se aprecia la importancia de interrelacionarse adecuadamente con el paciente, lo cual requiere una buena capacitación del clínico en habilidades comunicativas para el mejor manejo de esos fenómenos identificados y que pueden suscitarse en el trabajo cotidiano con los pacientes (18):

- El modelo clínico centrado en el paciente: Ha demostrado generar mejores resultados en la salud de los pacientes y en la satisfacción del personal médico. Exige del médico que entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente. Dicho modelo implica primero considerar que cada paciente es único, en segundo lugar que el médico debe tener apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente, a pesar de que algunos de ellos pueden resultar “conflictivos”, y en tercer lugar, considerar que se debe tener maestría y actitud mental en el proceso de escuchar, para captar las expresiones verbales y no verbales del paciente, así como entender que el trato de persona a persona se basa en la confianza y el compromiso bilateral (19).
- El modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente: Desarrollado desde la óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas concebida por Ludwig von Bertalanffy, se centra en las relaciones y la comunicación existente entre ellas. Por tal motivo las patologías y los diagnósticos son observados desde una perspectiva diferente la cual es construida y perpetuada a través del lenguaje entre los miembros de la familia (20).

Satisfacción del paciente

La suma de todos los determinantes que puedan influir en la relación médico-paciente nos arrojarán resultados que podemos medir en relación a la satisfacción que esta relación genere. Según Carr y Hill la satisfacción del paciente se basa en la diferencia entre sus expectativas y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas, acompañadas de las expectativas previas de los usuarios, configuran la expresión de la calidad del servicio. Es un concepto complejo, que está relacionado con una gran variedad de factores: el estilo de vida; las experiencias previas; el tiempo dedicado a la consulta; la calidad científico-técnica del profesional; la empatía percibida por el paciente; las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad. Se ha encontrado que aunado a la calidad de las instalaciones y el equipamiento de los centros de salud, así como la accesibilidad al servicio y la buena relación médico-paciente así como el estilo de comunicación centrado en el paciente se ha asociado positivamente con la satisfacción y otros resultados de la consulta (5).

Contrario a lo que pensamos, los pacientes no se enfocan en la infraestructura, por el contrario, están preocupados por cuestiones de importancia clínica que tienen poco que ver con la "imagen" del médico o la "atmósfera" de la oficina o clínica. Se pueden agrupar estas preocupaciones en (14):

- Confianza en la competencia y la eficiencia de sus cuidadores.
- Quieren poder negociar el sistema de salud de manera efectiva y ser tratados con dignidad y respeto.
- Alivio de su sintomatología y complicaciones funcionales
- Comprender cómo su enfermedad o tratamiento afectará sus vidas, su familia, amigos y finanzas.

Con respecto a la satisfacción o insatisfacción que produce una comunicación adecuada, estudios previos han encontrado que si el médico practica una buena comunicación (relacionada con la forma de entrevistar y proporcionar información)

existe un elevado nivel de satisfacción de los usuarios, a su vez se observa insatisfacción del paciente cuando existe una mala interacción con su médico. Indiscutiblemente cuando el médico logra identificar y entender los problemas importantes de sus pacientes, es capaz de generar mayor satisfacción con la atención recibida y es capaz de alcanzar una mayor adherencia al tratamiento, finalmente, el médico incrementa su bienestar por los resultados adecuados en el manejo del paciente. Así mismo la relación entre insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica se ha vinculado con dificultades en la comunicación médico-paciente. En México esta situación se evidencia por las demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el autor Infante ha documentado los aspectos relevantes de la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica y encontró que los motivos de queja se podían agrupar en nueve rubros; de éstos, los problemas específicos de comunicación estuvieron presentes en un porcentaje elevado dando como resultado una mala relación médico-paciente (18).

Además las consecuencias nocivas de una demanda afectan tanto al paciente como al médico. En el caso del paciente, la demanda perjudica a su familia y a su entorno laboral, social, económico y moral; sin embargo, el más perjudicado es el médico, pues más allá de enfrentar al sistema judicial, una consecuencia muy significativa es el “linchamiento social”. Al médico se le considera culpable antes de que el juicio haya terminado en una sentencia, de esta manera se perpetua un círculo vicioso y una barrera para la relación médico-paciente (21).

Adherencia al tratamiento

Como desenlace de los puntos anteriormente tratados, podemos ver el resultado de una buena o mala relación médico-paciente en la adherencia terapéutica. Para comenzar este apartado se hace alusión al proyecto “Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción”, de la OMS, el cual considera a la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una

persona, relativo a tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario o ejecutar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria. Diversos autores coinciden en definir este concepto como un proceso en el que los pacientes participan de modo activo y se produce una relación (5, 22).

Para lograr la adherencia, la relación médico-paciente es un factor fundamental a ser valorado, a fin de que se produzca el “proceso de cuidado activo y responsable en el que el paciente trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el médico” (23, 18).

Como mencionamos anteriormente requerimos de la autonomía del paciente, el empoderamiento de este puede promover la adherencia a la medicación, pero requiere un sentido de control co-construido en la díada médico-paciente, en lugar de forzar o reforzar la visión de un paciente excesivamente, se debe establecer un equilibrio, en el que ambas partes tengan el control de forma intercambiable (24).

Como resultado de la falta de intercambio de información entre el médico y paciente, la falta de comprensión en el diagnóstico y la incompreensión del tratamiento indicado, ocasionan la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente. Además, las expectativas de los pacientes muchas veces no son exploradas y los errores que culminan en una falta de adherencia al tratamiento parecen estar vinculados a supuestos y conjeturas tanto del médico como del paciente (23).

Por otro lado, la menor duración de las consultas se relaciona con una mayor prescripción de medicación sintomática; mayor número de derivaciones; menor posibilidad de que el paciente haga preguntas o exprese sus opiniones; menor información por parte del médico de diagnósticos y tratamientos; menos consejos preventivos; peor satisfacción del paciente y del médico; y un aumento de la repetición de visitas de los enfermos (5).

Han sido identificados más de 200 variables que pueden intervenir en la adherencia a un tratamiento, estas variables se han concentrado en 5 grandes grupos de factores relacionados (23):

- Factores socioeconómicos
- Factores relacionados con la enfermedad
- Relacionados con el tratamiento
- Relacionados con el paciente
- Relacionados al equipo asistencial: La relación médico paciente se constituye en la piedra fundamental sobre la cual construir el plan de tratamiento.

Sin embargo, aunque muchos factores están implicados, la relación médico-paciente es un pilar principal, la importancia de no generar una buena relación radica en que la no adherencia al tratamiento puede derivar en (5):

- Incremento de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad
- Crecimiento del coste sanitario.
- Desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional y el paciente.

Alfabetización en salud

Dentro de la relación médico-paciente es importante destacar el término de alfabetización en salud el cual ha asumido cada vez más importancia; se refiere a la habilidad para acceder, comprender y evaluar la información en salud para tomar decisiones (25).

Hablamos por un lado el derecho a la autonomía del paciente, por lo cual es lógico que el experto le informe al paciente acerca de los beneficios y riesgos de las decisiones para su salud, para lo cual deberá desarrollar la capacidad de educar a su población (15).

Así derivamos en el término de promoción de la salud, entendido como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud (26).

Deficiencias y retos

En un estudio realizado por el Dr. Campero en una zona rural del estado de Oaxaca para determinar si se favorecía la acción educativa del médico hacia el paciente, transmitiendo información y conocimientos respecto al proceso salud enfermedad durante la consulta médica, se encontró que casi la mitad de los médicos eran pasantes en servicio social, pero el resto eran médicos de base; en la mayoría de ellos se pudo advertir una deficiencia en su formación comunicativa: sólo el 2.5 % de los médicos saludaron al paciente cuando éste entró al consultorio, únicamente el 19 % asignaba un lugar explícito al paciente y en el resto él mismo se auto asignaba el sitio, al entrar el enfermo el médico inmediatamente preguntaba “¿qué tiene?, ¿qué le pasa?”. El 93.5 % de los médicos conducía la entrevista, preguntando lo que deseaba saber e interrumpía cuando el paciente daba más información de la solicitada, sólo el 6.5 % de los casos dio tribuna libre. Aproximadamente el 45 % de los pacientes no conocieron la naturaleza de su enfermedad, y por cuanto al tratamiento indicado, el canal más utilizado fue la receta escrita y en poca proporción lo fue la información oral y sólo el 5% de los médicos verificó la comprensión de las indicaciones dadas. Campero, encontró que en el 85% de los casos no existió un cierre adecuado de consulta, la cual en la mayoría de los casos terminaba con frases como “tómese los medicamentos”, o “aquí tiene la receta” (18).

Como conclusión a lo anterior citado es innegable la crisis que la relación médico paciente está viviendo, pero quizá esto no es algo reciente sino un problema que

radica desde la formación del profesional médico, se han hecho diversos estudios con estudiantes de medicina acerca de las habilidades de comunicación y de su percepción de la relación con el paciente, así como de la manera en que aprenden estas habilidades durante su formación. Cuando los estudiantes entran en contacto con pacientes, al poco tiempo de iniciada la conversación surgen aspectos de la biografía del entrevistado: preocupación por su hogar, trámites pendientes, inquietud por hijos pequeños, entre otros, de este modo los alumnos advierten la facilidad de los pacientes para conversar, la necesidad de ser escuchados y que el tema de conversación son sus circunstancias personales, no los datos clínicos; cada uno habla de lo que le inquieta a él en particular y que lo distingue de los demás enfermos con quienes puede que comparta diagnósticos, entonces ¿en qué momento este vínculo se pierde? (27).

A fin de alentar al médico de atención primaria a abordar sistemáticamente los aspectos no técnicos de la atención surge una estrategia llamada "Revisión del paciente", que es una análoga a una revisión de los sistemas, dicha revisión explícita alienta tanto al paciente como al clínico a confrontar y expresar las preferencias y valores individuales, al tiempo que ofrece a los pacientes una oportunidad estructurada para participar activamente en su cuidado. Obviamente no se propone lograrlo en un único encuentro pero sí crear fragmentos de esta revisión en todas las intervenciones, de tal manera que se fortalezca una relación con el paciente a largo plazo. También se propone solicitar comentarios de los pacientes, a través de varios instrumentos de encuesta, puede proporcionar información valiosa incorporar tanto las percepciones de los pacientes como las sugerencias para el cambio pueden abordar aspectos clínicamente significativos de la experiencia del paciente, fomentar la participación activa de los pacientes en su atención y ayudar a evaluar y mejorar la calidad de la atención que se brinda (14).

Existe la necesidad de continuar con el diseño y desarrollo de investigaciones para identificar aquellos factores que muestran una influencia decisiva en la relación

médico-paciente: el contexto sanitario; los factores personales; los factores comunicacionales; el valor de la relación continuada en el tiempo con los pacientes; el papel que los pacientes dan a sus familias; y las peculiaridades culturales y expectativas diferenciales de los pacientes frente al médico (5).

Así mismo, la práctica médica debe realzar la condición humana, el bien social y posibilitar el desarrollo de las personas; adoptar una postura ética sólida y verdadera que supere el autoritarismo, el paternalismo y el abuso de poder (15).

Otro campo a tratar es el desarrollo profesional de la educación y promoción de salud, el cual exige la adquisición de conocimientos, habilidades y prácticas por parte de todos los titulados universitarios del ámbito de las Ciencias Sociales, especialmente aquellos más relacionados con la salud y la educación, con un enfoque global biopsicosocial (25).

JUSTIFICACIÓN

En la unidad de medicina familiar No. 28 tan solo en 2018 se recibieron alrededor de 201 quejas de las cuales el 60% son dirigidas al personal médico. Para comprender mejor el contexto se brinda a continuación el perfil sociodemográfico: la UMF No. 28 se encuentra ubicada en la Colonia del Valle en la CDMX; hasta el corte en Noviembre de 2017 la unidad tenía una población adscrita de 180.493 derechohabientes, de los cuales el 57.8% pertenece al sexo femenino con un grupo etario predominante entre los 60-64 años, el 62.78% de la población cuenta con una educación a nivel superior.

En resumen, nuestra unidad atiende una gran población con una situación socioeconómica acomodada, alto nivel académico y acceso a tecnologías de vanguardia, en contraste más de la mitad de las quejas recibidas recae sobre sus médicos

Ante tal panorama, el presente estudio pretende recolectar datos que nos permitan ver la relación médico-paciente desde la perspectiva del enfermo y conocer a detalle los puntos que de alguna manera no cumplen las expectativas del mismo relacionadas directamente con el médico. Se pretende encontrar aquellos factores que en mayor porcentaje inciden en la percepción de una mala relación a fin de que los resultados arrojados por el estudio motiven a las autoridades de la unidad y coordinaciones médicas y de enseñanza a implementar estrategias inicialmente dirigidas a los puntos más débiles del médico tales como cursos o talleres que puedan abarcar los estilos y técnicas de comunicación en sus diferentes variantes con el propósito de desarrollar más habilidades en el médico familiar cuyo impacto se vea reflejado en la mejora de la salud de sus pacientes.

En la UMF No. 28 se cuenta con la infraestructura y los recursos humanos para llevar a cabo este proyecto.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

La relación médico-paciente es un vínculo inherente al quehacer diario del médico, este vínculo es tan antiguo como la medicina misma y ha sufrido una serie de transformaciones a lo largo de la historia pasando por diversos modelos de atención y abordaje de la enfermedad y del paciente, es una relación susceptible a diversos factores entre los que podemos destacar:

- Factores propios del medico
- Factores propios del paciente con su enfermedad
- Factores propios de la institución

En el último siglo tal cambio ha sido tan grande que aun ganando terreno en el ámbito científico y de avances médicos, a nivel mundial existe una deshumanización de la medicina lo que conlleva una mala relación médico-paciente reflejada de manera clara en la insatisfacción del mismo, quejas, demandas y no adherencia al tratamiento. En la UMF No. 28 se recibieron en 2018 201 quejas con más de la mitad dirigidas al personal médico. Aunque se han hecho estudios que arrojan una evidente deficiencia en la calidad de la atención médica y se han implementado programas para mejorar los estándares de calidad, es innegable que en los pasillos de hospitales, clínicas y en medios masivos de comunicación se sigue hablando de una mala relación médico-paciente, entonces es inevitable preguntarnos ¿qué es lo que está fallando? ¿Cuáles son nuestros puntos ciegos?, ¿Qué tipo de relación médico-paciente existe actualmente?. Ante tal panorama y buscando una respuesta proveniente del primer nivel de atención como pilar de nuestra salud se plantea la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción que tiene el paciente, con respecto a la relación médico-paciente que existe en la Unidad de Medicina Familiar No. 28?

OBJETIVOS

❖ **Objetivo General**

- Analizar la percepción del paciente de su “*relación médico paciente*” en la Unidad de Medicina Familiar No. 28.

❖ **Objetivos Específicos**

- Describir la comunicación que percibe el paciente en su *relación médico-paciente*.
- Exponer la empatía que percibe el paciente en su *relación médico-paciente*.
- Identificar la satisfacción que percibe el paciente en su *relación médico-paciente*.
- Mencionar la relación de autoridad que percibe el paciente en su *relación médico-paciente*.
- Distinguir los aspectos educativos que percibe el paciente en su *relación médico-paciente*.

HIPÓTESIS

- El 70% de la población adscrita a la UMF No. 28 tendrá una percepción de que su relación médico-paciente es mala.
- El indicador más afectado será la comunicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Sede del estudio**

El estudio se realizó en la Consulta externa de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS ubicada en Av. Gabriel Mancera 800, esq. San Borja, Col. del Valle, 03100 Delegación Benito Juárez México, D.F. Esta unidad cuenta con un total de 30 consultorios disponibles para consulta Externa.

- **Tipo de estudio**

Se presenta un estudio observacional, descriptivo y transversal.

- **Periodo de estudio**

La aplicación de los instrumentos tuvo efecto durante la rotación en consulta externa de la investigadora (rol normal de su residencia).

- **Muestreo**

Se deseó estudiar la percepción de la relación médico-paciente que tienen los pacientes que acudieron a consulta externa de la UMF No. 28, mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal; por lo cual la fórmula para calcular el tamaño de la muestra es para el contraste de hipótesis. Seleccionando la fórmula para comparar una proporción finita, con un nivel de confianza del 95%, con una frecuencia esperada del 70% y una precisión del 5%.

Con la formula siguiente:

$$n = \left(\frac{NZ\alpha^2 pq}{d^2(N-1) + Z\alpha^2 pq} \right)$$

Dónde:

n= Tamaño de muestra buscado

N= Tamaño de la población total

Zα²= Parámetro estadístico que depende del Nivel de Confianza (NC)

d²=Error de estimación máximo aceptado

p= probabilidad de que ocurra el evento estudiado

q=probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Se requirió un total de 384 pacientes para obtener una precisión adecuada.

Definición operacional y conceptual de variables

Variable de Estudio	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicadores
Relación médico-paciente	Vínculo interpersonal que se establece con motivo de la prestación de la atención médica y que deberá caracterizarse por respeto mutuo, pleno reconocimiento de la autonomía, integridad y	Vinculo interpersonal que se establece durante la consulta médica entre el médico y su paciente, durante la consulta de medicina familiar, tomando los aspectos de comunicación,	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación • Empatía • Satisfacción • Autoridad • Educación

dignidad de las partes
 empatía,
 satisfacción,
 autoridad y
 educación
 brindada al
 paciente.

Definición conceptual y operacional de los indicadores

Indicador	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Comunicación	Aquellas conductas e instrumentos técnicos utilizados por el médico en la entrevista, para la ejecución de tareas.	Lenguaje verbal y no verbal que se utiliza para la interacción entre el médico y el paciente.	Cualitativa Ordinal	0=Alta 1=Media 2=Baja
Empatía	Capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, que el paciente puede sentir.	El medico comprende el padecer del paciente, desde la percepción de este último.	Cualitativa Ordinal	0=Alta 1=Media 2=Baja
Satisfacción	Percepción de que los servicios recibidos cumplieron las expectativas del paciente	El paciente siente que su necesidad durante la consulta obtuvo respuesta adecuada.	Cualitativa Ordinal	0=Alta 1=Media 2=Baja
Autoridad	Abuso de la autoridad médica que transgrede la libertad de decisión	No se pide autorización/opinión al paciente.	Cualitativa Ordinal	0=Alta 1=Media 2=Baja

del paciente					
Educación	Capacidad de transmitir aprendizaje destinado a la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud.	de	Orientación clara que el médico ofrezca relacionado con el padecimiento actual del paciente.	Cualitativa Ordinal	0=Alta 1=Media 2=Baja

Variables de control (variables sociodemográficas)

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Variables Médicas				
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Años cumplidos del médico al momento de realizar la lista de cotejo.	Cuantitativa Discreta	0=25-35 1=36-45 2=46-55 3=56-65
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Sexo expresado por el medico catalogado como hombre o mujer	Cualitativa nominal	0=Hombre 1=Mujer

Antigüedad	Tiempo que ha transcurrido desde que una cosa empezó a existir.	Años que el medico laborado en consulta externa.	ha en	Cuantitativa discreta	0=1-5 1=6-10 2=11-15 3=16-20 4=21-25 5=26-30
Especialidad	Rama de una ciencia, arte o técnica a la que se dedica una persona	Si el medico es familiar.	o no familiar.	Cualitativa nominal	0=Médico familiar no familiar 1=Médico familiar
Variables del paciente					
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Años cumplidos del paciente momento de realizar la encuesta	del al de la	Cuantitativa Discreta	0=18-25 1=26-30 2=31-40 3=41-50 4=51-60 5=61-70 6=71-80 7=81-90
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Sexo expresado por el medico catalogado como hombre o mujer		Cualitativa nominal	0=Hombre 1=Mujer
Escolaridad	Grado académico que una persona ha estudiado.	Grado académico con el que cuenta el paciente.		Cualitativa nominal	0=Sabe leer y escribir 1=Primaria 2=Secundaria 3=Bachillerato 4=Licenciatura 5=Posgrado

❖ **Criterios de selección**

✓ **Criterios de inclusión**

- Pacientes derechohabientes a la UMF 28
- Ambos sexos, mayores de 18 años de edad
- Alfabetizados
- Que aceptaron participar en el estudio y firmaron consentimiento informado

✓ **Criterios de exclusión**

- Pacientes con trastornos psiquiátricos
- Pacientes con discapacidad intelectual

✓ **Criterios de eliminación**

- Pacientes que decidieron retirarse
- Encuestas incompletas.

INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumentos

Se elaboraron dos instrumentos para el presente estudio, a los cuales se les realizó una validez de contenido por expertos en el área (5 médicos especialistas en medicina familiar con formación en docencia), tomando como válido cada ítem con 4 de 5 y 5 de 5. Para la validez de constructo se realizaron tres rondas de los cuestionarios a expertos en educación del CIEFD (Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI). Se les realizó una prueba piloto con un grupo de residentes (R1) obteniendo un alfa de Cronbach de 0.85 y 0.88 respectivamente.

Ambos instrumentos estuvieron compuestos por cinco apartados principales: comunicación, empatía, satisfacción, autoridad y educación higiénico/dietética.

El primer instrumento (ver anexo 2.) consistió en una lista de cotejo “Relación Médico-Paciente” donde el investigador presente en la consulta médica palomeó cada uno de los ítems de la lista que se cumplieron durante la atención.

El segundo instrumento (ver anexo 3) consistió en una encuesta de “Satisfacción”, aplicado por la investigadora (para aclarar en caso necesario la dudas de los pacientes), fue aplicado a los pacientes que decidieron participar (previa aceptación con el consentimiento informado) en el estudio.

Recolección de datos

El investigador tuvo el rol de “Observador Interno”, como parte del proceso que se vive cotidianamente y no resultó ser extraño para el médico y paciente durante la consulta externa. El investigador presenció las consultas y realizó las encuestas en ambos turnos de atención médica.

Se encargó de aplicar el primer instrumento (lista de cotejo “Relación médico-paciente”), durante el acto médico, sin ser visto por el médico o paciente, según lo observado en el consultorio.

Una vez terminada la consulta, en la sala de espera se invitó al paciente que fue atendido y que cumplió con los criterios de selección a participar en el estudio, previo consentimiento informado. A los que aceptaron participar se les aplicó una encuesta de “Satisfacción para el paciente” que comprendió los mismos indicadores de la lista de cotejo de “Relación médico-paciente”. El investigador fue quien leyó las preguntas y opciones de respuesta al paciente, en los casos donde el paciente no comprendió, el investigador tuvo que reformular la pregunta.

Al finalizar las consultas se pidió autorización al médico (consentimiento informado, anónimo y confidencial) para el uso de los datos recolectados en sus consultas.

Tanto la lista de cotejo como la encuesta no recolectaron información que permitiera identificar la identidad del médico o paciente, aun así, al terminar la consulta médica se le informó al médico sobre el estudio y los datos de quienes no dieron su consentimiento fueron desechados.

A las respuestas de los instrumentos se les dio el valor de “1” punto al Sí y “0” al No. Una vez obtenida y capturada la información la percepción de la relación médico-paciente se midió en grados: Alto, Medio y Bajo. Para ello, se dividió en tres el número de los ítems para cada indicador por lo que:

- Para la lista de cotejo “relación médico-paciente”
 - Comunicación
 - 1-2=bajo
 - 3-4=medio
 - 5-7=alto

- Empatía
 - 1-2=bajo
 - 3-4=medio
 - 5-7=alto
 - Autoridad
 - 1-2=bajo
 - 3-4=medio
 - 5-7=alto
 - Educación higiénico dietética
 - 1-3=bajo
 - 4-6= medio
 - 7-10=alto
- Para la encuesta de satisfacción del paciente:
- 1-9= Baja
 - 10-18=Medio
 - 19-26= Alta

Posteriormente con la información obtenida se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 25, para su posterior análisis y así se dio respuesta a la pregunta de investigación.

Control de Sesgos

Se controlaron los sesgos mediante las siguientes maniobras:

- Por el tipo de investigación, el investigador fungió como “observador interno” ya que es una actividad común y parte del proceso de formación de residentes, por lo cual, los médicos y pacientes examinados no lo vieron como un observador externo.

- Con la finalidad de evitar que el medico modificara las acciones que comúnmente realiza, se pidió su autorización mediante consentimiento informado al finalizar las consultas, se remarcó la confidencialidad de los datos obtenidos y del anonimato de su persona.
- La recolección de datos del primer instrumento (lista de cotejo “Relación médico-paciente”), se llevó acabo de forma discreta, el investigador simuló tomar apuntes para evitar que el médico o el paciente se percataran.

Análisis estadístico

Una vez recabados los datos de ambos instrumentos se construyó una base de datos en Excel para concentrar y organizar la información. Posteriormente se trasladaron esos datos a un programa estadístico (SPSS 25).

Por el tipo de estudio, se usó la estadística descriptiva, ya que tuvo como objetivo resumir la información contenida de los datos de una forma más sencilla y presentable posible, obteniendo así los parámetros que distinguen las características de un conjunto de datos (estadísticos). Así mismo, se realizaron tablas de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, para las variables cuantitativas se obtuvo mediana y rango intercuarti debido a su distribución. a partir de las cuales se obtendrán los estadísticos:

Se analizó la información obtenida, se redactó la discusión y la conclusión con asesores de tesis del estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por las características del estudio, se procuró la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los participantes en la investigación de acuerdo con la Asociación Médica Mundial que formuló recomendaciones para guiar a los médicos que realizan investigación biomédica con sujetos humanos, procurando una investigación ética internacional. Así mismo, a los sujetos de estudio se les respetó su “persona” (autonomía), ya que pudieron decidir el no participar libremente; existe una posible “beneficencia” de acuerdo con los resultados, mejorando el proceso de aprendizaje y su contexto en el que se lleva a cabo; y “justicia” porque se le da el derecho de expresar su sentir del proceso que lleva a cabo y/o se encuentra inmerso, todo ello, en acorde con el Informe Belmont, Principios y Guías Éticas para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación.

El estudio consistió en aplicar un cuestionario con preguntas que recolectan datos personales como edad y sexo pero no identificar la identidad de los participantes, toda información se trató confidencialmente.

La investigación se ajusta a la Ley General de Salud correspondiente a sus artículos:

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo; III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

En el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud, se respeta el Artículo 17, el cual considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, en este caso es clasificado el estudio como:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Por la información que se recolectará mediante dos cuestionarios, mismos que serán contestados voluntariamente después de presentar la investigación a la población potencial de estudio, resolver dudas y contestar preguntas sobre la misma y por tratarse de una investigación sin riesgo para la integridad física, ni daño potencial para la estabilidad psíquica de los participantes, la solicitud del consentimiento informado se hará verbalmente, se asumirá que se acepta participar al presentarse a contestar el cuestionario respectivo. (Sin embargo, el presente documento incluye carta de consentimiento informado para participación de adultos en protocolos de investigación, la cual será aplicada si el CLIEIS lo indica).

Conflicto de Interés

Se declaró que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

RESULTADOS

TABLA 1. Variables demográficas de la población estudiada	
Total de población estudiada	384
Variable	No. (%)
Edad en años ¹	65.5 (55-73.5)
18-25	3 (1)
26-30	12 (3)
31-40	19 (5)
41-50	35 (9)
51-60	69 (18)
61-70	127 (33)
71-80	81 (21)
81-90	38 (10)
Sexo	
Mujer	284 (74)
Hombre	100 (26)
Escolaridad	
Sabe leer y escribir	4 (1)
Primaria	50 (13)
Secundaria	65 (17)
Bachillerato	96 (25)
Licenciatura	119 (31)
Universidad	50 (13)

¹Dato expresado en mediana y RIC (rango intercuartil percentil 25-75).

La tabla 1 muestra las características de la población encuestada, se obtuvo una muestra de 384 pacientes, 74% mujeres y 26% hombres. Respecto a la edad, se obtuvo una con una mediana de edad de 65.5 (RIC 55-73.5) años. El 1% se encontraba entre 18-25 años, 3% entre 26-30 años, 5 % entre 31-30 años, 9% entre 41-50 años, 18% entre 51-60 años, 33% entre 61-70 años, 21% entre 71-80% y 10% entre 81-90 años. Se encuentra con respecto a su escolaridad se identificó que 1% sabe leer y escribir, 13% con estudios de primaria, 17% de

secundaria, 25% bachillerato o carrera comercial, 31% licenciatura y 13% posgrado.

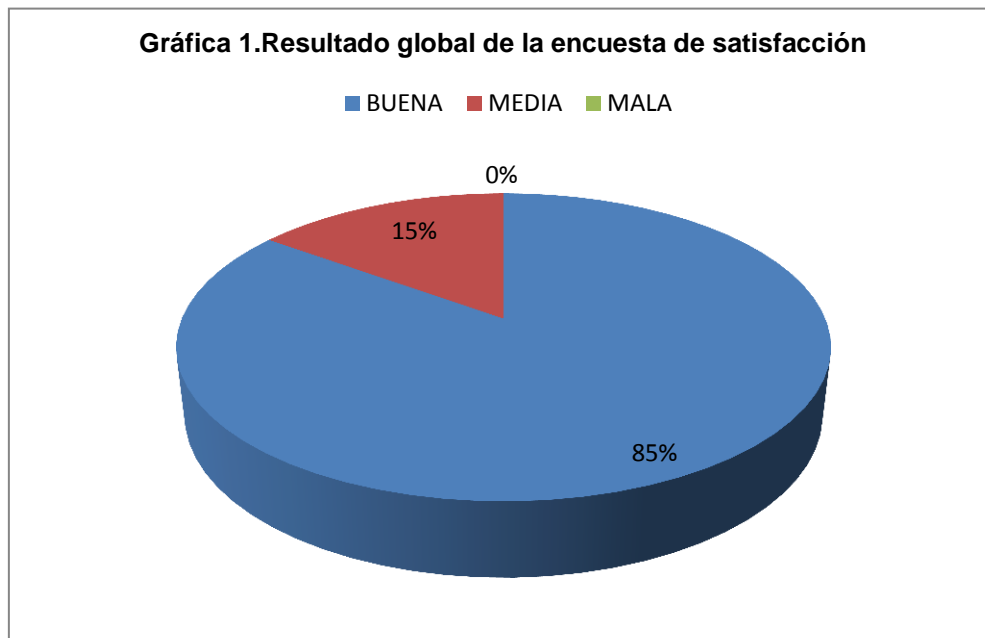
TABLA 2. Características de los médicos	
Total de población estudiada	29
Variable	No (%)
Sexo	
Mujer	18 (62)
Hombre	11 (38)
Edad¹	
25-35	14 (48)
36-45	9 (31)
46-55	4 (14)
56-65	2 (7)
Especialidad	
Médico familiar	27 (93)
Médico general	2 (7)
Años de antigüedad	
1-5	11 (38)
6-10	10 (34)
11-15	1 (3)
16-20	4 (14)
21-25	2 (7)
26-30	1 (3)

¹Dato expresado en mediana y RIC (rango intercuartil percentil 25-75).

La tabla 2 muestra las características de los médicos que aceptaron participar en el estudio, mostrando un total de 29 médicos, 62% mujeres y 38% hombres, con una mediana de edad de 35 (RIC 33-43.5) años. El 48% entre 25-35 años, 31% entre 36-45 años, 14% entre 46-55 años y 7% entre 56-65 años.

De los médicos el 93% contaba con la especialidad de medicina familiar y el 7% laboraba como médico general. Con una mediana de años de antigüedad de 7

(RIC 2-15.5) años. El 38% entre 1-5 años, 34% entre 6-10 años, el 3% entre 11-15 años, el 14% entre 16-20 años, el 7% entre 21-25 años y el 3 % entre 26-30 años.



En la gráfica 1 podemos observar que el 85% de los pacientes calificaron su relación médico-paciente como buena y el 15 % como media o regular.

Ninguna encuesta tuvo un puntaje que calificara la relación médico- paciente como mala.

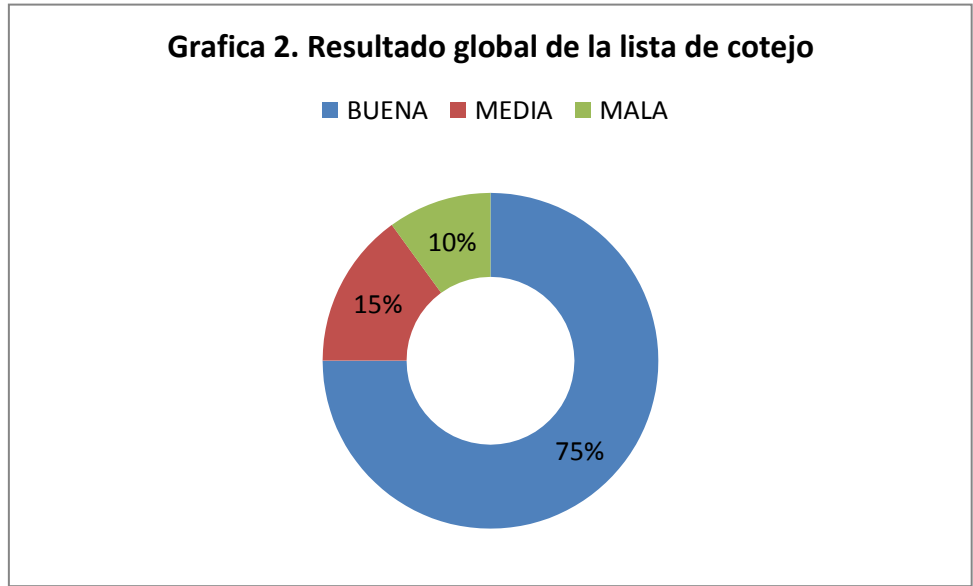
TABLA 3. Acciones/actitudes negativas percibidas durante la consulta	
Encuestas evaluadas	384
Media para la relación médico-paciente buena ²	23.1 ±1.84
Media para una relación médico-paciente media o regular ²	16.1 ± 2.84
Media para una relación médico-paciente mala ²	-
Acciones/actitudes percibidas como negativas	
Ítems	No (%)
El médico no saludó	19 (5)
El médico no le ofreció la mano	250 (65)
El paciente no sintió haber sido escuchado por el médico	31 (8)
El paciente no pudo decir todo lo que quería a el médico	35 (9)
El paciente no comprendió todo lo que le dijo el médico	38 (10)
El paciente consideró que algún comentario que realizó, no le importó le médico	88 (23)
El médico no lo vio a los ojos	58 (15)
En algún momento el paciente se sintió regañado	42 (11)
El médico no le dio ánimo, aliento a seguir cuidándose	46 (12)
El paciente no siente involucrado o comprometido al médico	73 (19)
En algún momento sintió que el médico le ordenaba algo	35 (9)
No le pidió permiso para explorarlo (revisarlo)	69 (18)
No preguntó si el paciente estaba de acuerdo con el tratamiento	173 (45)
El paciente considera no haber sido atendido en tiempo	150 (39)
El paciente no platica de algunas otras cosas con el médico distintas al padecimiento	280 (73)
Al paciente no lo convenció el diagnóstico que le dio el médico	65 (17)
El paciente considera que el médico no atendió el problema	50 (13)
El paciente no entendió lo que el médico le explicó o le dijo sobre el tratamiento	46 (12)
El médico no le pudo aclarar sus dudas sobre lo que le sucede	38 (10)
El médico no se cercioró que el paciente haya entendido su enfermedad o tratamiento	100 (26)
El médico usó como amenaza las complicaciones que podría tener el paciente si no se cuida	50 (13)
En algún momento el paciente se sintió discriminado por el médico	15 (4)
El paciente cree que el médico le impone	8 (2)
Al paciente no le da confianza el médico que lo atiende	35 (9)
El paciente considera que no valió la pena acudir con su médico	46 (12)

² Datos presentados en media ± DE (desviación estándar).

La tabla 3 desglosa el puntaje obtenido en la encuesta de satisfacción aplicada a los pacientes, el cual definió la percepción de la relación médico-paciente en una calidad buena, media y mala. Se muestran únicamente las acciones/actitudes que

el paciente mencionó en la misma como negativas para el resultado. Se tuvieron 170 encuestas para la relación médico-paciente calificada como buena con una media de 23.1 (DE ± 1.84). Para la relación médico-paciente percibida como de media calidad se obtuvieron un total de 30 encuestas con una media de 16.1 (DE ± 2.84).

La tabla 3 también muestra que las acciones que impactaron negativamente en este resultado fueron en orden descendente: el paciente no platica de algunas otras cosas con el médico distintas al padecimiento (73%), el médico no le ofreció la mano (65%), no preguntó si el paciente estaba de acuerdo con el tratamiento (45%), el paciente considera no haber sido atendido en tiempo (39%), el médico no se cercioró que el paciente haya entendido su enfermedad o tratamiento (26%), el paciente consideró que algún comentario que realizó no le importó le médico (23%), el paciente no siente involucrado o comprometido al médico (19%), no le pidió permiso para explorarlo (18%), al paciente no lo convenció el diagnóstico que le dio el médico (17%), el médico no lo vio a los ojos (15%), el paciente considera que el médico no atendió el problema (13%), el médico usó como amenaza las complicaciones que podría tener el paciente si no se cuida (13%), el paciente no entendió lo que el médico le explicó o le dijo sobre el tratamiento (12%), el médico no le dio ánimo, aliento a seguir cuidándose (12%), el paciente considera que no valió la pena acudir con su médico (12%), en algún momento el paciente se sintió regañado (11%), el paciente no comprendió todo lo que le dijo el médico (10%), el médico no le pudo aclarar sus dudas sobre lo que le sucede (10%), el paciente no pudo decir todo lo que quería a el médico (9%), en algún momento sintió que el médico le ordenaba algo (9%), al paciente no le da confianza el médico que lo atiende (9%), el paciente no sintió haber sido escuchado por el médico (8%), el médico no saludó (5%), en algún momento el paciente se sintió discriminado por el médico (4%), el paciente cree que el médico le impone (2%).



En la gráfica 2 se muestra la calificación global obtenida en la lista de cotejo, clasificando como mala relación médico-paciente un puntaje de 1-10, media de 11-20 y buena 21-31. Podemos observar que el 75% de los médicos obtuvieron una calificación alta para su relación médico-paciente, 15% relación médico-paciente media y 10% baja.

TABLA 4. Lista de cotejo para el médico	
Listas de cotejo evaluadas	384
Media para una buena relación médico-paciente ³	22.5 (±1.39)
Media para una media relación médico paciente ³	18.3 (±2.04)
Media para una mala relación médico paciente ³	8.3 (±1.03)

³ Datos presentados en media ± DE (desviación estándar).

La tabla 4 muestra la media del puntaje obtenido para cada relación médico-paciente según su categoría. Se obtuvo una media para una buena relación médico-paciente de 22.5 (DE ± 1.39). Para una relación médico-paciente media o

regular se obtuvo una media de 18.3 (DE \pm 2.04). Para una relación médico-paciente mala se obtuvo una media de 8.3 (DE \pm 1.03).



TABLA 5. Habilidad de Comunicación

Listas de cotejo evaluadas	384
Media para el puntaje de comunicación ²	5.15 (\pm 1.03)
Acciones percibidas negativamente	
Ítems	No (%)
El médico no ofrece la mano	280 (73)
No pregunta cuál es el motivo de consulta	61 (16)
No da tribuna libre al paciente	246 (64)
No utiliza lenguaje claro y comprensible	19 (5)
No explica diagnóstico	77 (20)
No explica tratamiento	15 (4)

²Datos presentados en media \pm DE (desviación estándar).

En la gráfica 3 se observa que el 76% de los médicos muestran una capacidad alta en la habilidad de comunicación. El 22% media y 2% una baja comunicación.. La tabla 5 muestra que para la habilidad de comunicación se obtuvo una media del puntaje de 5.15 (DE \pm 1.03) puntos. Así mismo muestra que las acciones que repercutieron en este resultado, ordenadas de mayor a menor incidencia fueron: el médico no ofrece la mano (73%), el médico no da tribuna libre al paciente (64%), no explica el diagnóstico (20%), el médico no pregunta el motivo de

consulta (16%), no utiliza lenguaje claro y comprensible (5%), no explica tratamiento (4%).

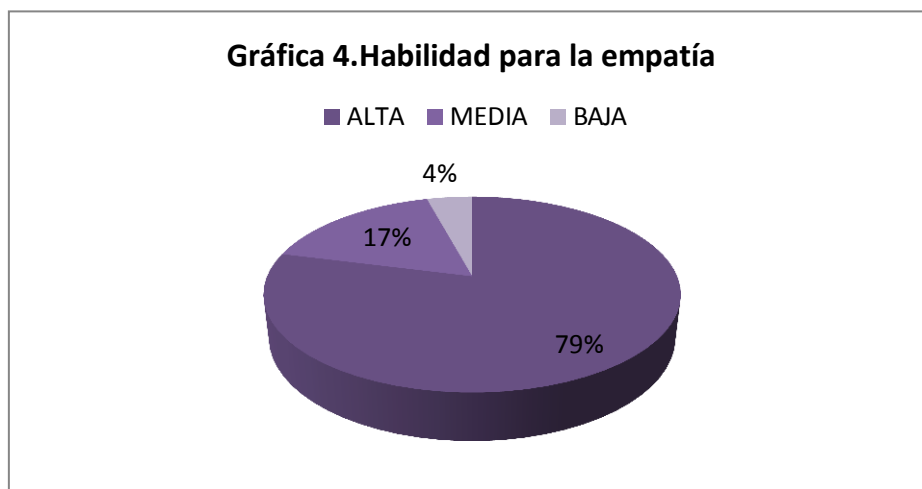


TABLA 6. Habilidad para la empatía

Listas de cotejo evaluadas	384
Media para el puntaje de habilidad en empatía ²	5.12 (±1.15)
Acciones percibidas negativamente	
Ítems	No (%)
El médico no ve a los ojos al paciente	27 (7)
El médico no pregunta al paciente cómo se siente	173 (45)
El médico no le pregunta al paciente “en qué le puede ayudar”	157 (41)
El médico no muestra interés cuando el paciente expresa lo siente.	35 (9)
El médico no pone atención cuando el paciente le habla durante la exploración.	50 (13)
El médico no da aliento, esperanza, ánimo etc. al paciente en algún momento de la atención.	73 (19)
El médico no se involucra con el paciente al hablar... usando las palabras: vamos a, tenemos que, debemos, haremos, tendremos qué, etc. durante la atención.	219 (57)

² Datos presentados en frecuencia y porcentaje. ³ Datos presentados en media ± DE (desviación estándar).

La gráfica 3 muestra que el 79% de los médicos se muestran empáticos durante sus consultas, seguidos del 17% como mediana empatía y el 4% con baja empatía. En la tabla 6 se observa que la media del puntaje para la habilidad de

empatía fue de 5.12 (DE ± 1.15) puntos. Dentro de las acciones que repercutieron negativamente se encuentran en orden descendente: el médico no se involucra con el paciente al hablar durante la atención (57%), el médico no pregunta al paciente como se siente (45%), el médico no pregunta “en que le puedo ayudar” (41%), el médico no da aliento al paciente en algún momento de la consulta (19%), el médico no pone atención cuando el paciente le habla durante la exploración (13%), el médico no muestra interés cuando el paciente expresa lo que siente (9%).

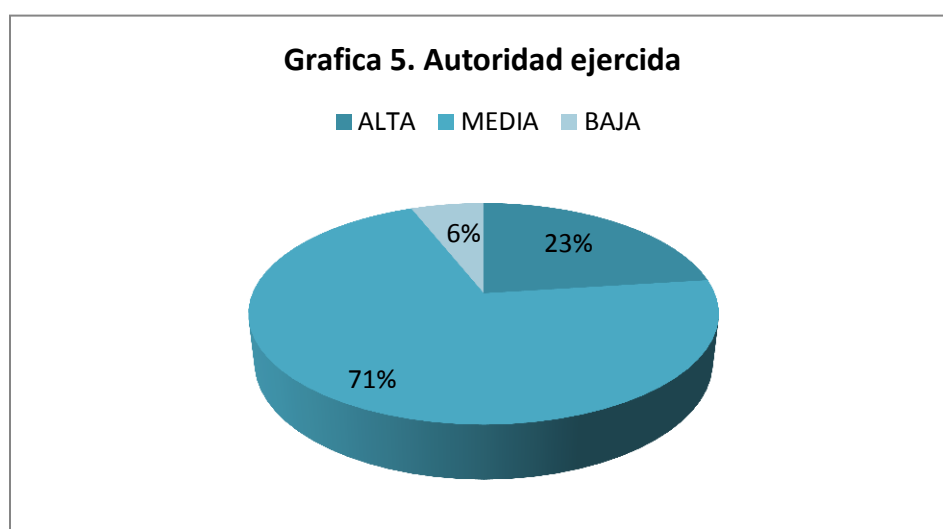


TABLA 7. Autoridad ejercida

Listas de cotejo evaluadas	384
Media para el puntaje de la autoridad ejercida ²	3.63 (± 0.97)
Acciones percibidas negativamente	
Ítems	No (%)
El médico dirige el interrogatorio muy cortante	77 (20)
El médico no pide permiso para realizar exploración física	346 (90)
El médico no pide opinión al paciente acerca del tratamiento	349 (91)
El médico ordena al paciente llevar el tratamiento	307 (80)
El médico desestima comentarios que hace el paciente sobre lo que le sucede.	115 (30)
El médico usa las posibles complicaciones como amenazas para que el paciente se cuide.	84 (22)
El médico no tolera la discrepancia de opinión con el paciente y se impone.	31 (8)

² Datos presentados en frecuencia y porcentaje. ³ Datos presentados en media \pm DE (desviación estándar).

La grafica 4 demuestra que el 23% de los médicos evaluados se muestran autoritarios durante la consulta, contra el 6 % que demuestra poca autoridad y el 71% que se mantiene en un punto neutral.

La tabla 7 contiene la media del puntaje para autoridad que fue de 3.63 (DE ± 0.97) puntos, de igual forma muestra la incidencia de las actitudes autoritarias del médico en consulta: el medico no pide opinión al paciente sobre su tratamiento (91%), el médico no pide permiso para realizar exploración física (90%), el médico ordena al paciente llevar el tratamiento (80%), el médico desestima los comentarios que el paciente hace (30%), el médico usa las posibles complicaciones como amenazas para que el paciente se cuide (22%), el médico dirige el interrogatorio muy cortante (20%), el médico no tolera la discrepancia de opinión con el paciente y se impone (8%).

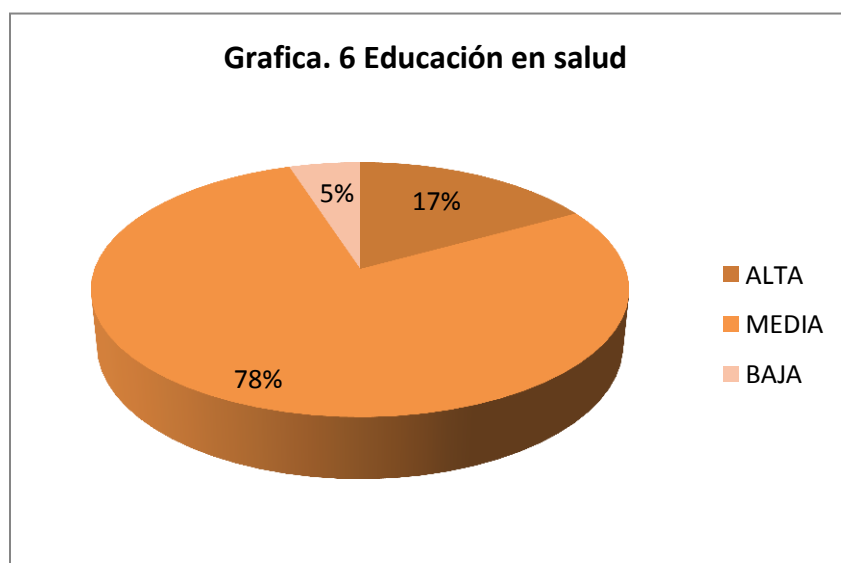


TABLA 8. Educación en salud

Listas de cotejo evaluadas	384
Media del puntaje para educación en salud ²	5.3(± 1.20)
Acciones percibidas negativamente	
Ítems	No (%)
El médico no explica tratamiento no farmacológico al paciente	46 (12)
El médico no explica cómo seguir el tratamiento farmacológico	35 (9)

El médico no pregunta si comprendió lo explicado de su enfermedad	334 (87)
El médico no pregunta si comprendió lo explicado de su tratamiento	296 (77)
El médico no le explica sobre las posibles consecuencias de su enfermedad	104 (27)
El médico no le da la importancia de prevenir complicaciones	77 (20)
El médico no se cerciora de que el paciente entendió, pidiéndole que le repita lo que le indico.	357 (93)
El médico no le pide solicitar cita nuevamente y no faltar a ella	227 (59)
El médico no le pregunta sobre si presenta alguna duda sobre su atención	280 (73)
El médico no aclara dudas al paciente	15 (4)

² Datos presentados en media \pm DE (desviación estándar).

En la gráfica 5 se muestra la educación para la salud que el médico brinda a su paciente, el 17% de los médicos muestran una alta participación en la educación del paciente, el 78% se encuentran en el medio y 5% muestran poca educación para la salud. En la tabla 8 se encuentra que el puntaje tiene una media de 5.3 (de \pm 1.20) puntos. De igual forma, enlista las acciones que impactaron negativamente de acuerdo a su mayor incidencia de la siguiente forma: el médico no se cerciora de que el paciente entendió pidiéndole que le repita lo que le indicó (93%), el médico no pregunta si comprendió lo explicado de su enfermedad (87%), el médico no pregunta si comprendió lo explicado de su tratamiento (77%), el médico no le pregunta sobre si presenta alguna duda sobre su atención (73%), el médico no le pide solicitar cita nuevamente y no faltar a ella (59%), el médico no le explica sobre las posibles consecuencias de su enfermedad (27%), el médico no le da la importancia de prevenir complicaciones (20%), médico no explica tratamiento no farmacológico al paciente (12%), el médico no explica cómo seguir el tratamiento farmacológico (9%), el médico no aclara dudas al paciente (4%).

DISCUSION

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la percepción del derechohabiente de su “relación médico paciente” en la Unidad de Medicina Familiar No. 28. Además de objetivos específicos referentes a la comunicación, empatía, relación de autoridad entre médico y paciente y los aspectos educativos.

Los resultados obtenidos demuestran que el 85% de la población encuestada se siente satisfecha con su relación médico-paciente, calificándola como buena.

Si bien la hipótesis planteada al inicio fue rechazada es importante resaltar algunos hallazgos del presente trabajo que nos ayudan a cumplir los objetivos específicos planteados.

1. En primer lugar encontramos que aunque ningún puntaje de la encuesta de satisfacción calificó para una mala relación médico-paciente, dentro de las 5 primeras acciones u omisiones del médico percibidas por el paciente como negativas se encuentran en orden de frecuencia de mayor a menor:
 - a. El 73% no platica con su médico de un tema distinto a su padecimiento. Entre los comentarios emitidos por los pacientes durante la encuesta, la mayoría lamentaron el poco tiempo que tienen para su atención e hicieron aseveraciones como “tiene muy poco tiempo”, “somos muchos pacientes”. De este modo nos planteamos hasta donde se encuentra la sobrecarga de trabajo y las barreras institucionales como causantes de este rasgo negativo.
 - b. El 65% de los médicos no ofrece la mano. Algunos pacientes comentaron que el médico solo da la mano si ellos la ofrecen primero.
 - c. El 45% de los médicos no pregunta por la opinión del paciente ante el tratamiento. La mayoría de los pacientes acude por control de enfermedades crónicas y consideran que no es necesario que el médico pregunte. Expresiones como “el tratamiento siempre es el mismo”, “no hay necesidad, el doctor ya sabe lo que tomo” y “él es el que sabe” fueron comunes entre los encuestados.

- d. El 39% de los pacientes considera que no es atendido en tiempo.
 - e. El 26% de los médicos no se cercioró de que el paciente haya entendido su enfermedad o tratamiento. Durante la encuesta estos pacientes comentaron que el médico solo responde dudas si ellos preguntan.
2. En segundo lugar aunque el 85% de los encuestados califica como buena su relación médico-paciente, cuando se evaluaron las listas de cotejo se encontró que hasta un 10% califica para una mala relación con un puntaje promedio de 8 puntos. Cuando desglosamos los ítems evaluados encontramos que entre las principales acciones u omisiones realizadas por el médico que condicionaron el puntaje bajo se encuentran en orden de frecuencia de mayor a menor:
- a. El 93% de los médicos no se cerciora de que el paciente entendió pidiéndole que le repita lo que le indicó. Los médicos se limitan a explicar el tratamiento, únicamente responden a las dudas que el paciente expresa.
 - b. El 91% de los médicos no pide opinión al paciente acerca del tratamiento. Eligen la opción más adecuada según su criterio y se la exponen al paciente.
 - c. El 90% de los médicos no pide permiso para realizar la exploración física. Dentro de la consulta, el médico emplea frases como “pase para revisarlo(a)”, “vamos a tomarle su presión”, “se descubre (parte del cuerpo a revisar) por favor”.
 - d. El 87% de los médicos no pregunta si comprendió lo explicado de su enfermedad. La mayoría de médicos dan una breve explicación de la patología y se enfocan más en el tratamiento.
 - e. El 80% de los médicos ordena al paciente llevar el tratamiento.
3. A diferencia de lo planteado en nuestra segunda hipótesis donde se propone la comunicación como habilidad más deficiente, encontramos que los apartados que más destacan son presencia de autoritarismo y deficiente educación para la salud.

4. Cuando analizamos el apartado de comunicación encontramos satisfactoriamente que hasta el 76% de los médicos tiene una alta habilidad de comunicación y solo el 2% se encuentra deficiente. El hecho de que el médico no ofrezca la mano fue la omisión más representativa con el 73%, seguida por la falta de tribuna libre que obtuvo un porcentaje del 64%.
5. Para la categoría de empatía, el no involucrarse con el paciente al hablar durante la atención fue la acción negativa con más incidencia obteniendo un porcentaje de 57%. Estos médicos depositan la responsabilidad únicamente en el paciente usando frases como “debe de, tiene que”. En segundo lugar el 45% de los médicos no pregunta a los pacientes como se sienten, en su lugar utilizan preguntas como “¿todo bien?, ¿alguna novedad o pendiente?”.
6. En cuanto al ejercicio de la autoridad, aunque el 71% de los médicos se mantienen con una postura neutral, esta fue la categoría con más incidencia de acciones u omisiones que impactaron negativamente, predominantemente se encuentra el no considerar la opinión del paciente en su tratamiento con un 91%, si bien la decisión ante el tratamiento se deposita en la figura del médico como experto en la materia, pocos son los médicos que dan opciones de tratamiento o que toman en cuenta la preferencia del paciente ante una vía de administración o la presentación de un fármaco; no pedir permiso para la exploración física le sigue con el 90% y ordenar seguir el tratamiento establecido en el 80%.
7. Por ultimo en cuanto a la educación en salud, el 78% de los médicos se encuentra en la categoría de media, se encontró como factor negativo la falta del médico a cerciorarse de que el paciente ha entendido lo platicado en la consulta como ya se mencionó anteriormente, seguido de que el médico omite preguntar si el paciente comprendió lo explicado sobre su enfermedad.

La fortaleza de este estudio radica en la manera de recolección de muestra en lo referente al actuar médico, pues el investigador fungió como “observador interno”

de tal manera que no modificó la relación médico-paciente habitual. De esta manera se evitaron sesgos importantes.

Entre las limitaciones de este estudio cabe mencionar la baja población de médicos que accedió al estudio, menos del 50% del total. El estudio tampoco consideró variables tales como la circunstancia en que se brindó atención (consultorio al que pertenecía el paciente o unifila) ya que sí se observó que la conducta de algunos médicos se modifica según esta condición.

CONCLUSIONES

La relación médico-paciente es percibida como satisfactoria por el 85% de los derechohabientes encuestados. El 75% de los médicos evaluados alcanzaron un puntaje que califica como buena la relación con sus pacientes. El hecho de no poder platicar de algo distinto a la enfermedad con el médico fue el punto negativo más significativo para la población. La presencia de autoritarismo representado por la falta del médico a tomar en cuenta la opinión del paciente en su tratamiento durante la consulta y una regular aptitud para la educación del paciente dada por que el médico no se cerciora de que el paciente comprendió lo dicho en consulta pidiéndole que lo repita son situaciones que impactan de manera negativa en la relación médico-paciente.

Con los resultados obtenidos, nos permitimos plantear la opción de dar cursos de asertividad al médico con la finalidad de favorecer el ejercicio de la autoridad en la práctica médica de una forma positiva y dirigida. Del mismo modo se debe instruir al personal médico en formación (estudiantes, médicos pasantes y médicos residentes) en los principios de la bioética reforzando la autonomía del paciente. Por ultimo creemos necesario facilitar al médico talleres que le permitan aprender a optimizar su tiempo con los recursos que tiene a la mano.

ANEXOS

1. Cronograma de actividades

RELACION MEDICO PACIENTE EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

Autores: Peña Hoyos Yesenia Areli¹ / Dr. Martínez Peña Armando²

1. Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familia, Unidad de Medicina Familiar No. 28

2. Médico especialista en Medicina Familiar. Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI

Actividad	2017												2018												2019												2020											
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB												
Elección del tema de Investigación	X	X																																														
Selección de bibliografía			X	X	X																																											
Planteamiento del Problema					X																																											
Justificación						X																																										
Introducción							X																																									
Marco Teórico								X	X	X	X																																					
Objetivos e Hipótesis											X																																					
Material y Métodos												X																																				
Tipo de Estudio, Población, Tiempo y lugar												X																																				
Criterios de selección y definición de variables													X																																			
Operacionalización de variables													X	X																																		
Descripción general del estudio														X	X																																	
Aspecto ético y recursos														X	X																																	
Redacción de Bibliografía																X	X	X	X	X																												
Instrumento de medición y Elaboración de Consentimiento																								X	X	X	X	X	X	X	X																	
Incorporación en el SIRELCS																																	X	X	X													
Autorización en el comité																																					X											
Aplicación de cuestionarios																																					X											
Captura de datos																																					X											
Redacción de resultados y conclusiones																																					X											
Telea Impresión																																					X											

2. Lista de cotejo “relación médico-paciente”

RELACION MEDICO PACIENTE EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

Autores: Peña Hoyos Yesenia Areli / Dr. Martínez Peña Armando ²

1. Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familia, Unidad de Medicina Familiar No. 28

2. Médico especialista en Medicina Familiar. Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI

EDAD:

SEXO:

ESPECIALIDAD:

ANTIGÜEDAD:

No.	Enunciado	SI	NO
	COMUNICACIÓN	1	0
1	El médico saluda al llegar		
2	El médico le ofrece la mano		
3	Pregunta cuál es el motivo de consulta		
4	Da tribuna libre al paciente		
5	Utiliza lenguaje claro y comprensible		
6	Explica diagnóstico		
7	Explica tratamiento		
	EMPATIA		
8	El médico ve a los ojos al paciente		
9	Pregunta al paciente cómo se siente		
10	Le pregunta al paciente “en qué le puede ayudar”		
11	Muestra interés cuando el paciente expresa lo siente.		
12	Pone atención cuando el paciente le habla durante la exploración.		
13	Da aliento, esperanza, ánimo etc. al paciente en algún momento de la atención.		
14	Se involucra con el paciente al hablar... usando las palabras: vamos a, tenemos que, debemos, haremos, tendremos qué, etc. durante la atención.		
	AUTORIDAD		
15	Dirige el interrogatorio muy cortante		
16	El médico pide permiso para realizar exploración física		
17	El médico pide opinión al paciente acerca del tratamiento		
18	El médico ordena al paciente llevar el tratamiento		
19	Desestima comentarios, que hace el paciente sobre lo que le sucede.		
20	Usa las posibles complicaciones como amenazas para que se cuide.		
21	No tolera la discrepancia de opinión con el paciente y se impone.		
	EDUCACIÓN		
22	Explica tratamiento no farmacológico al paciente		
23	Explica cómo seguir el tratamiento farmacológico		
24	Pregunta si comprendió lo explicado de su enfermedad		
25	Pregunta si comprendió lo explicado de su tratamiento		
26	Le explica sobre las posibles consecuencias de su enfermedad		
27	Le da la importancia de prevenir complicaciones		
28	Se cerciora de que el paciente entendió, pidiéndole que le repita lo que le indico.		
29	Le pide solicitar cita nuevamente y no faltar a ella		
30	Le pregunta sobre si presenta alguna duda sobre su atención		
31	Aclara dudas al paciente		

3. Encuesta de Satisfacción para el paciente

RELACION MEDICO PACIENTE EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

Autores: Peña Hoyos Yesenia Areli¹ / Dr. Martínez Peña Armando²

1. Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familia, Unidad de Medicina Familiar No. 28

2. Médico especialista en Medicina Familiar. Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI

EDAD:

ESCOLARIDAD:

SEXO:

NSS:

	SATISFACCIÓN	Si 1	No 0
1	Lo saludó su médico		
2	Le ofreció la mano		
3	Sintió haber sido escuchado por su médico		
4	Considera usted haber podido decir todo lo que quería a su médico		
5	Su médico fue respetuoso con usted		
6	Comprendió todo lo que le dijo su médico		
7	Considera que algún comentario que hizo usted, no le importó a su médico.		
8	Su médico lo vio a los ojos		
9	En algún momento se sintió regañado		
10	Su médico le dio ánimo, aliento a seguir cuidándose		
11	Siente involucrado o comprometido a su médico con usted		
12	En algún momento sintió que su médico le ordenaba algo		
13	Le pidió permiso para explorarlo (revisarlo)		
14	Le dijo, sí usted estaba de acuerdo con su tratamiento		
15	Considera haber sido atendido en tiempo		
16	Platica de algunas otras cosas con su médico distintas a su padecimiento.		
17	Lo convenció el diagnóstico que le dio su médico		
18	Considera que el médico atendió su problema		
19	Entendió lo que el médico le explicó o le dijo sobre su tratamiento		
20	Su médico le pudo aclarar sus dudas sobre lo que le sucede		
21	Su médico se cercioró que usted haya entendido su enfermedad o tratamiento		
22	Sintió como amenaza, cuando le habló de las complicaciones que podría tener si no se cuida.		
23	En algún momento se sintió discriminado por su médico		
24	Crear usted que su médico le impone		
25	Le da confianza su médico que lo atiende		
26	Considera que no valió la pena acudir con su médico		

4. Consentimiento informado para el paciente

		<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:		RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	
Patrocinador externo (si aplica):	externo	No Aplica	
Lugar y fecha:		Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera". 2019	
Número de registro:		Pendiente	
Justificación y objetivo del estudio:		El investigador me explicó que la relación médico-paciente es muy importante en la práctica médica, el presente estudio pretende identificar qué perspectiva tiene la población de la relación con su médico así como las áreas de la relación más afectadas.	
Procedimientos:		Mi participación consistirá en responder una encuesta que el investigador me aplicará la cual consta de datos como edad, sexo, escolaridad y ocupación; además de 26 preguntas relacionadas con la atención que mi médico me brindó en la consulta.	
Posibles riesgos y molestias:		Implicará invertir 15 minutos de mi tiempo para responder la encuesta. Se me explicó que podría sentirme incómodo durante el interrogatorio pero de ninguna manera se verá afectada mi atención médica o el trato por las respuestas otorgadas.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:		Será un beneficio comunitario al identificar áreas de oportunidad para mejorar la relación médico-paciente.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:		Una vez concluido el estudio y obtenidos los resultados se darán pláticas a los médicos para fomentar una mejor relación médico paciente según las deficiencias encontradas.	
Participación o retiro:		En cualquier momento, sin afectar mi atención médica.	
Privacidad y confidencialidad:		Los datos que proporciono son totalmente confidenciales, la información será cuidada y resguardada por los investigadores de este estudio.	
En caso de colección de material biológico (si aplica):		No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		No aplica	
Beneficios al término del estudio:		Los resultados que se obtengan se utilizarán para proponer estrategias que puedan mejorar las áreas más deficientes de la relación médico-paciente.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		Investigador responsable: Ayala Cordero Elena Lizeth, Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 99352716. Adscrita al servicio de Consulta externa, Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera". Tel: 5523411435 e-mail: elena.ayala@imss.gob.mx	
Colaboradores:		Peña Martínez Armando. Médico especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 10920366. Adscripción: Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI. Tel. Celular: 5543446813. e-mail: armando.martinezpen@imss.gob.mx Peña Hoyos Yesenia Areli. Matrícula 97371465. Tel. 5537164823 Correo: arelihoyos16@hotmail.com	
En caso de preguntas sobre sus derechos como participante de este estudio puede consultar a la Comisión de Ética de Investigación de CNIC del IMSS ubicada en Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso Bloque B de la unidad de Congresos, Col. Doctores. Ciudad de México., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx			
Nombre y firma del sujeto		Peña Hoyos Yesenia Areli. Matrícula 97371465. Tel. 5537164823 Correo: arelihoyos16@hotmail.com	
Testigo 1		Testigo 2	
Nombre, dirección, relación y firma		Nombre, dirección, relación y firma	
Clave: 2810-009-013			

5. Consentimiento informado para el médico

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>
Nombre del estudio:	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera". 2019
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me explicó que la relación médico-paciente es muy importante en la práctica médica, el presente estudio pretende identificar qué perspectiva tiene la población de la relación con su médico así como las áreas de la relación mas afectadas.
Procedimientos:	Mi participación consistirá en permitir la presencia del investigador como observador durante la consulta médica, así como otorgar datos generales como edad, sexo, antigüedad y si cuento con alguna especialidad.
Posibles riesgos y molestias:	Se me explicó que puedo sentirme incomodo por la presencia del investigador, sin embargo los resultados se me entregarán de manera confidencial para identificar áreas de oportunidad con mis pacientes.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Será un beneficio comunitario, al identificar los puntos débiles de los médicos se implementarán estrategias que permitan fortalecer estas deficiencias.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez concluido el estudio y obtenidos los resultados se darán platicas a los médicos para fomentar una mejor relación médico paciente según las deficiencias encontradas.
Participación o retiro:	En cualquier momento, sin afectar mi quehacer médico.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que proporciono son totalmente confidenciales, la información será cuidada y resguardada por los investigadores de este estudio.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Los resultados que se obtengan se utilizarán para proponer estrategias que puedan mejorar las áreas más deficientes de la relación médico-paciente.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	<p>Investigador responsable: Ayala Cordero Elena Lizeth, Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 99352716. Adscrita al servicio de Consulta externa, Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera". Tel: 5523411435 e-mail: elena.ayala@imss.gob.mx</p>
Colaboradores:	<p>Peña Martínez Armando. Médico especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 10920366. Adscripción: Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI. Tel. Celular: 5543446813. e-mail: armando.martinezpen@imss.gob.mx Peña Hoyos Yesenia Areli. Matrícula 97371465. Tel. 5537164823 Correo: arelihoyos16@hotmail.com</p>
<p>En caso de preguntas sobre sus derechos como participante de este estudio puede consultar a la Comisión de Ética de Investigación de CNIC del IMSS ubicada en Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso Bloque B de la unidad de Congresos, Col. Doctores. Ciudad de México., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>	
Nombre y firma del sujeto	<p>Peña Hoyos Yesenia Areli. Matrícula 97371465. Tel. 5537164823 Correo: arelihoyos16@hotmail.com</p>
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

Dictamen de autorización por el comité de investigación y bioética

13/2/2020

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Jueves, 13 de febrero de 2020

M.E. Elena Lizeth Ayala Cordero

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **RELACIÓN MEDICO PACIENTE EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2020-3703-010

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un Informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

BIBLIOGRAFIA

1. Pardo A. ¿Qué es la salud?. Rev Med la Univ Navarra. 1997; 41(2):4–9.
2. Parra Ramírez G, Cámara Vallejos R. Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. Inv Ed Med. 2017;6(24):221-227
3. Pérez Cicili A, Vidaillet Calvo E, Carnot Pereira J, *et al.* La relación médico-paciente en el Sistema Nacional de Salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2003; 19(6): 1-1.
4. Imbernón González J, Barbudo Antolín F. Concepto y marco de la relación médico-paciente. Semin médico. 1994;46(2):61–6
5. Cofreces P, Ofman S, Stefani D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. Rev Comun y Salud. 2014; 4:19–34.
6. Martínez Rodríguez A, Fernández Cervantes R, Medina i Mirapeix F, *et al.* Habilidades comunicacionales en la entrevista clínica. Fisioterapia. 2002; 24(2): 90-96
7. Hernández Gamboa L. Relación médico-paciente y la calidad de la atención médica. Rev CONAMED, 2018; 6(3): 25-29.
8. Antúnez A, Torres A. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. MediCiego. 2014; 20(1): 10-15
9. Lain Entralgo P. La Relación Médico-paciente: historia y teoría [Internet]. Primera edición. Madrid: Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2012; 1964 [Consultado el 6 Mar 2018]. Disponible en línea: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermo-historia-y-teoria/>
10. Vázquez Sarandeses J, Montoya Rivera J, Almaguer Delgado A, *et al.* La formación profesional en medicina general integral: una mirada crítica sobre la relación médico-paciente. MediSan. 2014; 18(10):1475–1483.
11. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. In Anales del sistema sanitario de Navarra. 2006; 29:7-17.
12. Arrubarrena Aragón V. La relación médico-paciente. Cirujano general. 2011; 33(Supl 2):122-125.

13. Alcaraz A, Padilla C. Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente. *Aten primaria*, 2009; 41(5): 285-287.
14. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2019 [consultado el 26 Ago 2019]. Disponible en línea: <https://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship>
15. Afonso Presilla É, Nabalbo Aguilera Y. Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. *Consideraciones Rev Hum Med*. 2012; 12(2):252–261.
16. Vera Carrasco O. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *Rev Med La Paz*, 2016; 22(1): 59-68.
17. D'Agostino T, Atkinson T, Latella L, *et al*. Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: a systematic review. *Pacientes Educ Couns*. 2017; 100(7):1247-1257
18. Hernández-Torrez I, Fernández-Ortega M, Irigoyen-Coria, *et al*. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Arch en Med Fam*. 2006; 8(2):137–43.
19. Fuentes M, Albino Z. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016; 33 (0): 780-784.
20. Arango M, Rodríguez A, Benavides M, *et al*. Los axiomas de la comunicación humana en Paul Watzlawick, Janet Beavin, Don Jackson y su relación con la terapia familiar sistémica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó (histórico)*, 2016; 3(1): 33-50. DOI: <https://doi.org/10.21501/23823410.1887>
21. Ramírez A, Ramírez S, Ortega Larios E. Síndrome posdemanda médico-legal. *Rev CONAMED*, 2016; 21(1): 21-24
22. Lurduy R, Torres L, Novoa K. Relación médico-paciente y adherencia al tratamiento. *Ciencia y humanismo en la salud*, 2017; 4(1): 29-37.
23. Del Duca M, Gallegos Y, Da Col G, Noel Trenchi M. Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia. *Biomedicina*. 2013; 8(1):6–15.
24. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz P. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS one*. 2017; 12(10): e0186458. Disponible en línea:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0186458>

25. Mávita-Corral C. Alfabetización en salud de una comunidad universitaria del noroeste de México en el año 2016. *Investig en Educ Médica*. 2018; 7(25):36-45.
26. De Vincezi A, Tedesco F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2009; 49(7):5.
27. Orellana Peña CM. Médicos humanistas. *persbioet*. 2014; 18 (1): 57-69.