



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75

**EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN MEDICINA  
FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA**

Dra. María Azusena García Solís

Morelia, Michoacán 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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



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.

EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN MEDICINA  
FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:**

Dra. María Azusena García Solís

**AUTORIZACIONES**

DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO  
PROFESOR TITULAR DE CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UMF 75 MORELIA MICH.

**ASESORES**

ASESOR TEMÁTICO  
DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO  
MÉDICO FAMILIAR

ASESOR METODOLÓGICO  
DR. ENRIQUE OLMOS VALLADARES  
MÉDICO FAMILIAR

DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD

**EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN MEDICINA  
FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

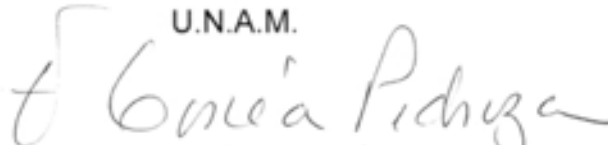
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. MARÍA AZUSENA GARCÍA SOLÍS**

AUTORIZACIONES

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



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

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## **AGRADECIMIENTOS**

**Dr. Octavio Carranza Bucio.-** Gracias por su apoyo, y valiosa orientación, en la realización de este estudio. Por su tiempo, paciencia, asesoría y su invaluable transmisión de conocimientos.

**Dr. Enrique Olmos Valladares.-** Por su colaboración en este estudio, por su invaluable amistad, su confianza y por ser gran compañero de trabajo.

**Dra. Ma. De los Angeles Rentería.-** Por sus enseñanzas y asesoría durante el curso Semi-presencial.

**Dr. Eduardo Pastrana Huanaco.-** Le agradezco su colaboración para lograr el presente trabajo.

## **DEDICO MI TESIS**

A las personas más importantes que siempre estuvieron conmigo y que cada una me brindaron su apoyo y cariño incondicional.

### **A DIOS**

Por haberme dado el don de vida, por estar siempre conmigo en cada momento y apoyarme siempre que lo necesito, así como las fuerzas para seguir adelante y lograr siempre mis objetivos.

### **A mi esposo Javier Cendejas Cabrera:**

Por ser el compañero de mi vida, un gran hombre, un buen padre, que siempre tiene una palabra de aliento, de motivación, fuerza, amor y cariño para seguir superándome.

Te Amo no sólo por lo que eres, sino por lo que soy cuando estoy contigo.

### **A mis hijas Linda Azucena y Karla Rocío:**

Por ser la luz de mi vida, por su paciencia, apoyo y comprensión que permitieron que llegara a lograr esta meta.

Por ser el regalo más hermoso que Dios me ha dado, mi motivación más grande de superación.

**A mis padres Abel Garcia Legorreta y María Solís Marroquín:**

A quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida, me han formado y educado; a ti Papá gracias por los valores, principios, y amor que han servido para poder ser una mujer de provecho. A ti Mamá por lo buenos consejos, apoyo y amor, por estar siempre cuando te he necesitado, por tu gran ejemplo de ser una mujer trabajadora, responsable y solidaria que me impulsa a seguir adelante y lograr todos mis propósitos.

**A mis hermanas Doris y Chio:**

Por ser tan unidas, por su gran apoyo, cariño, respaldo y comprensión cuando más las necesito.



## RESUMEN

### EVALUACION DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN MEDICINA FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE.

Introducción.- La Relación Médico Paciente es uno de los binomios de las relaciones más complejos, siempre está en revisión debido a que es una relación dinámica, cambiante, influido por cada uno de sus integrantes.

Los errores cometidos en el ejercicio de la medicina, se dan por una falta de comunicación. La comunicación es fundamental, si no se comprende inicialmente el problema del paciente, las medidas que se lleven a cabo para su tratamiento pueden ser erróneas.

Material y Métodos. - Se trata de un estudio descriptivo transversal tipo encuesta, en donde se tomará una muestra aleatoria estratificada en una afiliación proporcional de pacientes adscritos a la UMF No. 76 en Uruapan, Michoacán del Instituto Mexicano del Seguro Social, con una población de estudio a pacientes mayores de 25 años de edad y de ambos sexos adscritos a la Unidad y usuarios cotidianos de la consulta de Medicina Familiar. Para el desarrollo y validación de la encuesta fue necesario construir y validar un instrumento que definiera las áreas que componen la relación médico paciente, formulando una serie de preguntas para cada área, misma que fue evaluada por el comité de ética, quedando el cuestionario conformado por 25 ítems, de 28 iniciales; de éstos 5 evalúan imagen, 13 comunicación y el resto, los aspectos deontológicos.

Resultados.- En la encuesta participaron 152 pacientes de estos fueron 110 femeninos y 42 masculinos, la edad promedio del grupo correspondió a 51.16 con una DE de 15.25 la edad promedio del sexo femenino se presentó en 48.15 con una DE de 15.06 y en los hombres una edad promedio se presentó en 59.02 con una DE de 12.02. Los resultados obtenidos en este estudio aportan conocimientos sobre la RMP que se practica en el ámbito del sistema médico familiar del IMSS. Aunque el cuestionario permitió determinar la existencia de una buena relación, al parecer, no es tan adecuada como quisiéramos ya que, en lo general, la comunicación no es percibida como buena, en cambio los aspectos deontológicos del proceder médico son percibidos como favorables.

Conclusiones.- La comunicación en la RMP presenta deficiencias que son percibidas por el paciente, las cuales deben mejorarse en procesos de capacitación al médico familiar, en cuanto a la opinión que tienen de su médico en relación a su proceder es favorable, dado que se presenta una imagen de confianza, los aspectos de la comunicación desde el punto de vista psicológicos como son la empatía y el rapport tuvieron un alto nivel de satisfacción. La RMP ejerce un alto impacto en el desempeño de los médicos, por distintas razones, esta relación se viene haciendo cada vez más compleja y difícil de manejar adecuadamente. A pesar de los resultados generales obtenidos en materia de satisfacción de los usuarios, manifiestan una atención de buena a muy buena, no puede descartarse la posibilidad de que la baja frecuencia de insatisfacción, aún en condiciones desfavorables de atención, se deba a un probable sesgo aparecido al investigar este aspecto utilizando la técnica de encuesta.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

<b>INDICE</b>	<b>Páginas</b>
1.-Introducción.....	1-2
2.- Marco Teórico.....	3-30
3.-Planteamiento del Problema.....	31
4.- Justificación.....	32-35
5.- Objetivos.....	36
6.- Metodología.....	37-42
7.- Resultados.....	43-52
8.- Discusión.....	53-57
9.- Conclusiones .....	58-62
10.- Referencias Bibliográficas.....	63-67
11.- Anexos.....	68-69

## **1.- Introducción**

La relación médico paciente es uno de los binomios de las relaciones humanas más complejos, siempre está en revisión debido a que es una relación dinámica, cambiante, influido por cada uno de sus integrantes en un medio que lo afecta.

Es importante el poder destacar las cualidades esenciales del médico, tanto intelectuales como morales necesarias para el ejercicio de la profesión, para comprender cuales son los atributos que el médico debe tener para lograr que la relación con su paciente sea óptima, y ofrezca consuelo al ser humano llamado paciente, que busca la ayuda de otro ser humano, llamado médico.

Los errores cometidos en el ejercicio de la medicina, se dan por una falta de comunicación. La comunicación es fundamental, si no se comprende inicialmente el problema del paciente, las medidas que se lleven a cabo para su tratamiento pueden ser erróneas.

El médico debe aprender a escuchar al enfermo, de abrirse a la comunicación, estar atento a lo que dice el paciente, captar sus dolores, emociones, angustias, ya que además de saber como vive en ese momento su enfermedad, se inicia un proceso terapéutico, éste proceso es fundamental en toda relación médico- paciente.

Este trabajo tuvo como propósito principal valorar la calidad que tiene la Relación Médico Paciente (RMP), en la Unidad de Medicina Familiar No. 76, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Uruapan, Michoacán. Con esta finalidad se utilizó un cuestionario, el cual fue desarrollado y validado para medir el nivel de la RMP

El interés fundamental se centró en estudiar el punto de vista de los pacientes, más que la RMP como objeto o como fenómeno clínico. Es de esperarse por tanto que la RMP sea diferente cuando la piensan los médicos que cuando la reflexionan los pacientes.

Para hacer factible este estudio, se construyó un marco teórico que permitiera comprender los diversos fenómenos involucrados en la RMP. De esta manera, se revisó la importancia que tiene la comunicación, la sensibilidad, la mirada, el contacto físico, el respeto y la confianza. Todos estos conceptos están implicados y resultan fundamentales en el momento del encuentro Médico-Paciente.

Los resultados obtenidos en este estudio indican que la calidad de la RMP es buena, a pesar de las condiciones ambientales, administrativas y burocráticas en que trabaja el Médico Familiar del Instituto Mexicano del Seguro. En este sentido, concluimos haciendo algunas recomendaciones que permitan mejorar y dar confianza a los médicos para mantener este fenómeno en óptimas condiciones.

## **2.- Marco teórico**

El propósito de esta investigación fue valorar las características de la Relación Médico Paciente (RMP) en el ámbito de la Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), desde la óptica de cómo la perciben los pacientes. A estas características que suponemos debe tener la RMP la designamos como calidad de la misma.

Como ha sido señalado por Laín Entralgo <sup>(1)</sup> la RMP ha cambiado históricamente desde la medicina clásica griega hasta nuestros días. En estos cambios ha resultado ser determinante el contexto social, los valores éticos vigentes y los avances científico-técnicos. Sin embargo, los cambios se perciben como producto de un largo periodo de tiempo y pareciera que para médicos y pacientes la contemporaneidad del fenómeno pasa desapercibido.

El marco teórico se construyó intentando comprender fenómenos involucrados en la RMP, que son justamente las características de la misma. De esta manera, se revisó la importancia que tiene la comunicación, la retroalimentación, la sensibilidad, la mirada, el contacto físico, el respeto y la confianza; conceptos que están implicados y resultan fundamentales en el momento del encuentro Médico- Paciente. Como es obvio, la teoría de la comunicación humana constituye el elemento contextual fundamental y en ese sentido, es lo primero que se presenta.

Paul Watzlawick <sup>(2)</sup> ha establecido cinco axiomas de la comunicación que son el punto de partida de la teoría del lenguaje y de la acción comunicativa. Un axioma es un enunciado básico que se establece sin necesidad de ser demostrado. Las dos características que poseen los axiomas son: indemostrabilidad y evidencia.

El primer axioma se refiere a la imposibilidad de no comunicar, no hay nada que sea lo contrario de conducta. La no conducta no existe; es imposible no comportarse. En una situación de interacción toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, es comunicación; por eso, por más que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje.

El segundo axioma, se refiere a los niveles de contenido y relación en la comunicación, toda comunicación poseerá un contenido (lo que decimos) y una relación (a quién y cómo se lo decimos). A través de la comunicación, todos podemos expresar nuestra forma de ser y la visión de relación con la otra persona. Una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone una conducta o un comportamiento, recíproco. De la misma manera, toda comunicación implicará un compromiso para el que la recibe, pudiendo rechazar, aceptar o descalificar la comunicación. La capacidad para metacomunicarse en forma adecuada es indispensable de la comunicación eficaz.

El tercero enuncia la puntuación y secuencia de hechos, para un observador una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios de mensajes.

Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que se llama “puntuación de la secuencia de los hechos”. En una secuencia prolongada de intercambios, las personas puntúan la secuencia de modo que uno de ellos o el otro tiene iniciativa, predominio o dependencia. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones de comunicación.

El cuarto axioma establece dos tipos de comunicación: la digital, que es aquella que se transmite a través de símbolos lingüísticos o escritos, y será el vehículo del contenido de la comunicación, aquí la palabra es una convención semántica del lenguaje, no existe correlación entre la palabra y la cosa que representa; y la comunicación analógica, que vendrá determinado por la conducta no verbal: tono de voz, gestos, la postura, expresión facial, los movimientos corporales (kinesia), el ritmo, la cadencia de las palabras, el silencio y los indicadores comunicacionales que aparecen en el contexto; y será el vehículo de la relación.

Finalmente, el quinto axioma describe la interacción simétrica y complementaria, en el primer caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca; en el segundo caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro. En una relación complementaria hay dos posiciones distintas: un participante ocupa lo que se ha descrito de diversas maneras como la posición superior o primaria, mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria.



Una relación complementaria puede estar establecida por el contexto social o cultura (como en los casos de madre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno), o ser el estilo idiosincrásico de relación de una díada particular. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al mismo tiempo que ofrece motivos para ella: sus definiciones de la relación encajan.

En una relación simétrica no existen dos posiciones ya que está basada en la igualdad. La relación simétrica puede estar definida por contexto social, como por ejemplo, la relación entre hermanos, entre amigos, entre marido y mujer, etc. También puede ser el estilo propio de una díada particular.

En esta propuesta teórica, se llama mensaje a cualquier unidad comunicacional singular o bien se habla de comunicación cuando no existen posibilidades de confusión. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibe el nombre de interacción, ya que constituyen un nivel más elevado en la comunicación humana. Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Cualquier comunicación implica un compromiso y define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor <sup>(3)</sup>.

Por otra parte, Paul Watzlawick ha insistido en el hecho de que toda comunicación implica un compromiso y por ende, define una relación. Una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo impone conductas.

Los dos aspectos básicos de toda comunicación son la referencia y la connotación. El aspecto referencial de un mensaje transmite información, por ende en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. El aspecto connotativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y por ende, en última instancia, la relación entre los comunicantes. El aspecto referencial transmite datos de la comunicación y el connotativo dice cómo debe entenderse la misma. Así el segundo axioma implica que: "toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto de relación tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación".

Por otra parte, la puntuación organiza los hechos de la conducta. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de los hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. Es en base a ello que el tercer axioma precisa que " la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes". Si se interpreta este enunciado de frente al cuarto axioma, resulta comprensible que el problema central de la comunicación es la naturaleza misma del lenguaje: las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje. Por eso la comunicación analógica es mucho más complicada, posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones, en el lenguaje digital se cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación.

De todo lo anterior se puede concluir que en una relación complementaria un participante ocupa la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria. Y ello nos pone de lleno en el análisis de la RMP.

En la Historia de la Medicina, el encuentro entre el Médico y el paciente ha tenido cambios relacionados con el contexto cultural y sobre todo, científico. De esta manera, en la medicina contemporánea la RMP se ha modificado de forma significativa, especialmente por el uso de recursos tecnológicos.

Si partimos del hecho de que el hombre es el único ser capaz de conocer su fin y de encaminarse a él en forma consciente y libre, lo que da pie al llamado “acto humano”; toda actividad del hombre tiene valor en relación con su perfeccionamiento y su fin. Para los seres humanos en general, el orden moral y sus implicaciones constituye una realidad *sentida y vivida*, hecho que resulta de los actos humanos deliberados y que se impone a la conciencia y se arraiga en la totalidad de lo humano.

La persona humana llamada “paciente” es producto de sus actos, experiencias y libre albedrío para ser y querer ser lo que se ha propuesto en la vida. Es por tanto una persona libre e independiente. Como tal, tiene derecho para decidir cuándo y cómo actuar. De manera que la RMP es en principio el encuentro de dos personas que, haciendo uso de su libertad, deciden vincularse.

La RMP está inmersa en los valores del entorno social y profesional de la medicina. El Médico es una personalidad formada en los principios éticos y deontológicos que lo preparan para mantener una relación idónea con los pacientes. La Ética como disciplina filosófica es quien establece el marco de valores que regula toda relación humana. Sin embargo, aunque el conocimiento lo suministra la ética, se comprende que el *conocimiento* del bien no es *razón suficiente* para su observancia, ya que, para moralizar a un hombre no basta instruirlo; es necesario que además de conocer normas que indican deberes y obligaciones, se aplique en la conducta cotidiana.

En esta perspectiva, los valores morales propician conductas específicas. Sin embargo, el término valor tiene definiciones muy diferentes, la axiología lo define como una cualidad del ser que no depende de nuestra apreciación, sino del ser mismo. En el campo de lo sociológico, el valor es un aspecto fenomenológico que hace alusión a la valoración que tiene el sujeto individual en su intersubjetividad social <sup>(4, 5)</sup>.

Por tanto, los valores son una cualidad propia del ser que trasmite aprecio, admiración o estima. Se distinguen tres dimensiones en las que se manifiestan los valores:

- a) Valores relacionados con sobre vivencia,
- b) Valores culturales
- c) Valores trascendentales

En el proceso formativo de la persona, los valores se integran mediante la reflexión, la interacción con el medio y la práctica social, paralelo con el desarrollo de las capacidades cognoscitivas, la personalidad, las habilidades técnicas y las destrezas operativas del individuo. Los valores que intervienen principalmente en los aspectos deontológicos son los culturales, que están dados por un sistema de relaciones y productos generados al interior de una sociedad humana, cuyos miembros o al menos la mayoría de ellos comparten creencias y una concepción de la existencia, dirigida al bienestar general; lo que Tomás de Aquino llamó “*bonum commune*”, bien común <sup>(6)</sup>.

El bienestar general expresa el bien de todos y por eso a él se subordinan los intereses particulares, ya que no siendo exclusivo de ninguno de los miembros de la sociedad, pertenece y extiende sus beneficios a todos.

La moral ofrece dos caracteres específicos: es ciencia *normativa e imperativa*. Dicta normas, es decir, discute el valor de los actos y señala un orden ideal o *lo que debe ser*. Prescribe, además, reglas de conducta e impone obligaciones.

Las obligaciones del ser humano los trata la ética, que se amplía con la moral de los derechos y deberes del hombre y de la sociedad hacia la naturaleza, como base cultural que propicia el buen orden que debe prevalecer en toda acción personal e institucional <sup>(7)</sup>. La bioética se apoya en la razón sustentada en principios y orientaciones morales de carácter autónomo y universalmente aceptados <sup>(8)</sup>.

La relación RMP es pues, piedra angular de la gestión médica asistencial y es producto de diferentes etapas históricas, que se pueden denominar: de compañía, mágica, mística, clerical, profesional, tecnicista e integral <sup>(9)</sup>. Estas etapas han sido ampliamente estudiadas por historiadores de la medicina como Pedro Laín Entralgo, en la obra ya citada. Por todo ello, la relación medico paciente es un fenómeno bastante complicado, y se basa en una multitud de diversos componentes de carácter económico, profesional jurídico psicológico, moral, ético y estético <sup>(10)</sup>.

En el devenir histórico el hombre ha perfeccionando cada vez más los recursos y tecnología, contando con una amplia red de información y medios de comunicación cada vez más sofisticados <sup>(11)</sup>, sin embargo muchas veces se olvida la comunicación y el lenguaje como poder que tiene el hombre de penetrar en la realidad y ganar una posición de dominio frente a todo aquello que le afecta de algún modo.

Los pensamientos e ideas de los pacientes han de expresarse en forma de diálogo, con empatía y con voluntad de crear una verdadera comunicación, la cual se establece cuando tanto el médico como el paciente se transmiten sinceramente el conjunto de hechos que constituye la llave de la realidad <sup>(12,13)</sup>. La vida humana se forma a través de interrelaciones y el vehículo de estas es la palabra.

Como ya se señaló antes, hay que tener presente que la comunicación es la fuente a través de del cual se iluminan las cosas, hechos, fenómenos y el medio

por el que el hombre es capaz de crear los ámbitos interaccionales que tejen su personalidad<sup>(14)</sup>. Por el contrario cuando el hombre se mueve a nivel no creativo, se reduce a manipular la comunicación como instrumento, haciéndola deficiente sobre todo en su forma expresiva <sup>(15,16)</sup>.

Sin el poder de la comunicación no podríamos expresar los momentos cruciales que son los que dan sentido a la vida humana <sup>(17)</sup>. La comunicación no debe ser como una repetición de voces aprendidas de memoria, sino el vehículo de ámbitos que conforman la vida, en especial durante la relación-médico-paciente.

Y es que, el pensamiento se da solo en la comunicación con los demás y por lo tanto, está ligado al lenguaje. Es preciso por tanto, resaltar que la palabra como medio para comunicar un contenido concreto, recibe su sentido de la reflexión <sup>(18,19)</sup>.

Ahora bien, la calidad de la atención médica tiene como tema central la comunicación humana <sup>(20,21)</sup>, si la comunicación en la RMP es deficiente, la posibilidad de conflictos es muy elevada. En este sentido la comunicación médico paciente actual, llegar a ser generadora de desconfianza y eleva los costos de atención. Con frecuencia el temor y el juicio por una mala atención médica, tecnifica aún más la RMP, el médico adopta conductas irracionales que se traducen a veces en solicitudes de estudios diagnósticos exagerados y repetitivos que ponen en crisis la comunicación en la RMP <sup>(22)</sup>.

Se ha demostrado que en los casos de demandas por mala atención médica, que la mayoría de los reclamos no responden a deficiente desempeño técnico profesional, sino a una falla en el proceso comunicacional durante la RMP, por inadecuada comunicación humana.

La comunicación no verbal es particularmente importante en las situaciones con mayor tecnificación y sofisticación de los instrumentos al servicio del personal médico, también supone la captación de aquellas señales sutiles que complementan e ilustran aspectos de la interacción verbal y a menudo proporcionan mensajes y expresan sentimientos que no están sujetos al análisis directo y consciente de quienes interactúan. Por ejemplo los gestos de los pacientes, su sonrisa ó sus expresiones de miedo, así como el contacto aliviador de una enfermera ó la expresión facial de disgusto, son todos ellos actos comunicativos que pueden ser incluso más importantes que la propia expresión verbal.

Es importante la comunicación no verbal a dos niveles: por una parte, la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar señales no verbales emitidas por las personas que le rodean, incluyendo la de los profesionales de la salud y por otra parte; la expresividad no verbal de los pacientes que tan útil suele ser para el médico <sup>(23,24,25)</sup>.

La enfermedad crea en el paciente un estado de fuerte ansiedad que se ve acompañado de incertidumbre, lo que le lleva a buscar en el medio algo que le indique cuál es la situación real de su salud y que le de una pista de cómo se debe sentir en esa situación.



Y es que, en el ejercicio de la medicina, se plantean numerosas situaciones en que se da un ocultamiento de la información al paciente, pero ello no impide que éste preste atención a los indicios no verbales del engaño. Y en función de ello el paciente se hace expectativas acerca de la gravedad de su propia enfermedad y del interés que el médico tiene por él. Los pacientes son especialmente propensos a obtener información en la que basan estas expectativas, a través de indicios no verbales. Los pacientes observan las acciones no verbales de quienes les atienden y deciden si son apreciados, respetados o si se espera que mejoren, o si resultan repugnantes, desvalorizados o intratables, lo cual, obviamente, está muy relacionado con las llamadas expectativas que se cumplen a sí mismas o con el "efecto placebo".

Dado el gran número de emociones de diferentes clases que se suelen experimentar en una situación de enfermedad y que no son fáciles de sentir en el mismo grado en la vida cotidiana (miedo, dolor, ansiedad, inseguridad, e incertidumbre); suele ser habitual que el paciente experimente un aumento considerable en su capacidad de expresividad por vía no verbal. Es más, sabemos que las emociones se expresan generalmente por vía no verbal, sobre todo en el caso de las emociones asociadas a la enfermedad ya que el paciente posee por lo general una falta de entrenamiento en cuanto al control u ocultamiento de estas emociones. La manifestación no verbal de tales emociones es más probable debido a las dificultades que los pacientes suelen tener para expresar verbalmente sus sentimientos relacionados con ciertos temas que les resultan embarazosos y/o enfrentarse a situaciones suscitadas por la enfermedad.

Incluso existen casos donde el sistema de expresión verbal del paciente se ve afectado por la enfermedad hasta quedar totalmente deteriorado, convirtiéndose entonces el sistema de comunicación no verbal no sólo en la principal, sino en la única vía de comunicación entre el paciente y su entorno.

Desde un enfoque psicológico esta situación es muy relevante, si se toma en cuenta la importancia de la interacción directa, **cara-a-cara**. En estas condiciones resulta central la comunicación no verbal, que para el caso de la RMP destacan los siguientes: <sup>(26,27)</sup>.

**a) El contacto físico:** El contacto físico es la principal de las conductas no verbales en el ejercicio de la medicina. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, el tocar, como ocurre con otras formas de conducta no verbal, puede resultar congruente o no con los mensajes verbales, de forma que, por ejemplo, el hecho de que un médico toque a un paciente a la vez que le asegura que no debe preocuparse por la operación quirúrgica a que se le va a someter, puede o bien corroborar el mensaje tranquilizador o bien transmitir un estado de nerviosismo que contradiga el mensaje verbal, haciéndole a éste ineficaz e incluso contraproducente.

**b) La mirada:** Se trata de uno de los elementos de la comunicación no verbal que más información aporta, si se sabe interpretar adecuadamente, pues cumple una serie de funciones, entre ellas: la regulación del flujo de la comunicación, la obtención de un "feedback" acerca de cómo los demás reaccionan a una comunicación, expresión de las emociones, comunicación de la naturaleza de la relación (diferencia de status, etc.).

Así, por ejemplo, con respecto a la última de las funciones mencionadas, que el profesional de la salud no mire al paciente a la cara forma parte de un proceso de despersonalización que suele utilizarse con frecuencia en ambientes hospitalarios.

Por otra parte, las pautas de mirada a pacientes con defectos físicos notorios tienden a ser más rígidas que las que se dan en la interacción normal. Relacionado con ello se ha comprobado que el mirar excesivamente y con insistencia a un paciente, sin causa alguna aparente, posee probablemente efectos negativos, al hacer que tal paciente se sienta a sí mismo como una persona rara, mala o gravemente enferma.

**c) La expresión facial y gestual:** Una de las cuestiones que aquí más nos interesa es, sin duda, la expresión del dolor a través de gestos de la cara. Existe evidencia de que el control de la expresión facial de dolor puede servir para reducir el propio dolor, debido al rol mediador que la expresión facial posee en la experiencia de las emociones.

**d) La voz:** La importancia de la voz como instrumento de comunicación no verbal estriba en su capacidad para transmitir información acerca de los estados emocionales del que habla, con las implicaciones que ello tiene en el campo de la salud. Por otra parte, el tono de la voz y una serie de señales sutiles relacionadas con ella son especialmente importantes cuando el que habla pretende o bien engañar o bien ocultar información al paciente.

**e) Señales no verbales del engaño y el ocultamiento:** Este tema posee un gran interés en el campo de la salud, no sólo por detectar los intentos de ocultamiento por parte de los pacientes, sino también en sentido inverso, puesto que un problema que necesita una atención inmediata es el relativo a la detección por parte de los pacientes de indicios de ocultamiento por parte del personal médico.

Pascal decía: " Así como la primera regla del lenguaje humano es hablar con verdad, la segunda es hablar con discreción, la discreción le impone silencio al médico en determinadas circunstancias". Henry Sidgwick: habla del engaño benevolente refiriéndose a que en oportunidades la revelación de información viola la obligación de beneficencia y no maleficencia.

Hay dos situaciones en las cuales se dan por excelencia conflictos entre el derecho a conocer la verdad. Por una parte, vale decir el principio de autonomía y por el contrario los principios de beneficencia y no maleficencia: la evaluación del comportamiento ético como resultado de la instrucción o no, es complejo. Por lo anterior es conveniente aplicar criterios que armonicen con los valores de la sociedad en la que se desarrolla, incluyendo a la institución en la que labora.

Otro aspecto de la RMP lo conforman los fenómenos psicológicos que están implicados en la relación misma. Estos fenómenos son: transferencia, contratransferencia, empatía, rapport, resistencia, y el feedback. Al respecto, varios estudios han señalado las bases del proceso de comunicación verbal en que se manifiestan:

**A.- La transferencia:** Son las reacciones emocionales del paciente hacia el médico. Freud fue quien estableció la existencia de este fenómeno, al referirse a al establecimiento de lazos afectivos intensos entre el médico y el paciente. La naturaleza psíquica de esta afectividad es que se establece en automático, inevitable e independiente de todo contexto de realidad. Se han descrito varios tipos de transferencia: Transferencia positiva, que son los sentimientos amistosos y afectuosos hacia el médico, la cual si se realiza, el médico pasa a ser una figura amable, simpática, digna de respeto, confianza y admiración, que en principio favorecen los efectos terapéuticos de la relación. Y la transferencia negativa, caracterizada por la expresión de sentimientos hostiles y de enojo, donde el médico pasa a ser una figura malévola, antipática, no fiable, indigna, y autoritaria, que hacen conflictiva, antiterapéutica o incluso imposible la relación, que haga ineficaz los efectos de un tratamiento.

**B.- La contra transferencia:** Son las reacciones emocionales del médico hacia el paciente, así como los sentimientos muchas veces de frustración por no poder resolverle su problema de salud, y las conductas que a veces se tornan rudas con intención evidente de acortar el encuentro, cuando el médico desconoce como manejar estas respuestas se afecta en gran medida su relación con sus pacientes. Por contratransferencia se entiende la distorsión de la relación terapéutica producida por el médico ante su paciente.

Esta noción introducida también por Freud en la literatura clínica, hace referencia, en términos psicoanalíticos, tanto a “todo aquello que, por parte de la personalidad del analista, puede intervenir en la cura” como “a los procesos inconscientes que el analizado provoca en el analista”.

También como en la transferencia hay que admitir, que en la práctica médica, toda una serie de distorsiones de la relación son debidas a la generalización y desplazamiento de la experiencia previa, de los propios prejuicios y estereotipos, del médico sobre el paciente, que sin ser tan específicas como la contratransferencia psicoanalítica, tienen, igualmente, efectos antiterapéuticos, si no son tenidas en cuenta y controladas.

Asimismo, la contratransferencia también puede ser positiva o negativa y tanto un tipo como otro puede crear dificultades si el médico, dejándose llevar por ella, se involucra en los problemas del paciente-

**C.- La Empatía:** Es la habilidad del médico para recibir y descodificar la comunicación afectiva de sus pacientes, esto puede permitirle el entendimiento de los sentimientos del paciente. Capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él. Siendo parte fundamental en la comunicación humana

**D.- El "rapport":** Incluye el estado de mutua confianza y respeto entre el médico y el paciente. Relación entre dos o más personas cuando sus pensamientos o sentimientos armonizan entre si o cuando presentan una serie de puntos de vista compartidos.

**E.- La resistencia:** Son las reacciones del paciente en contra de la relación con el médico ó del paciente.

**F.- El feedback:** La retroalimentación es una de las herramientas fundamentales en el proceso de formar hábitos y actitudes, así como el aprendizaje de destrezas, especialmente en el ámbito clínico. Conviene enfatizar que este proceso es parte fundamental de una buena relación médico paciente, siendo indispensable crear una atmósfera que facilite la comunicación entre ambos.<sup>(28)</sup>

Las características más importantes que facilitan este proceso son:

- ° La empatía, es decir comprender las emociones del paciente.
- ° Respeto y aceptación de las características positivas y negativas del paciente.
- ° Calidez, expresada en preocupación por sus necesidades y dificultades.
- ° Claridad en la expresión de las necesidades de los pacientes, en las recomendaciones del médico.
- ° Autenticidad, que exista una congruencia entre la preocupación del médico y la actitud que éste muestra, para con los pacientes.
- ° Dedicación, que sea posible que el médico tenga el deseo de abordar los problemas difíciles en la relación médico paciente.<sup>(29)</sup>

Pensamos que los conocimientos de estos fenómenos psicológicos son básicos para que el médico pueda desarrollar una adecuada RMP, profesional. Según plantean Reyes- Ortiz<sup>(30)</sup>.

Los médicos encaran cada día dilemas éticos en la actividad profesional y a través de la comunicación se proyecta su sistema de valores que regula su comportamiento en la RMP.

El código de ética médica define los principios ético-morales que deben caracterizar al médico y se destaca la importancia de realizar una buena comunicación médico paciente <sup>(31)</sup>.

Nosotros pensamos que el afecto del médico ayuda a sanar al paciente y el tema del afecto en la RMP es un tema de investigación que comienza a descubrir que las emociones pueden ayudar a optimizar los tratamientos científicos, el Dr. Francisco Maglio plantea "Ante la igualdad del conocimiento el mejor médico es el **más amigo**, ya que está comprobado que la falta de afecto enferma" además él plantea en cuanto a las implicaciones al nivel emocional de la RMP " lo fundamental es que se logre la empatía pero que esta empatía signifique comprender al otro a través del otro poniéndose en su lugar y está comprobado que los efectos son curativos".

Los médicos siempre deben ser profesionales sin olvidarse que su relación con el paciente tiene que ser siempre afectuosa. A veces los pacientes dificultan la comunicación en la RMP, olvidan las historias de sus enfermedades no informan de todos sus síntomas, ocultan lo que no les conviene decir, no piden aclaraciones cuando no entienden parte de lo que les dicen y lo más común es que nunca manifiestan su desacuerdo con el plan de estudio ó tratamiento que se les proponen y simplemente no lo siguen.

Hace más de dos milenios Aristóteles escribió en su *Ética a Nicómaco*, el siguiente párrafo: "De manera parecida a los enfermos que escuchan atentamente a sus médicos sin hacer nada que se les ordenan".



En el mismo sentido, Pablo Latapí <sup>(32)</sup> decía "al encontrarse con el paciente, el médico ya no se pregunta **quien es este hombre** sino **que tiene este enfermo**: interroga al paciente, no conversa con él. La educación médica no lo ha preparado para encontrar al hombre en su paciente".

En la RMP actual el médico dirige sus acciones al diagnóstico de la enfermedad, reduciendo la persona a simple cuerpo humano, se interroga al paciente buscando la enfermedad y sus causas, con igual propósito se palpa y se ausculta su cuerpo se le piden estudios de laboratorio, pocas veces aparecen médicos humanistas quien agregan la capacidad de acercarse afectivamente al paciente estableciendo en él una verdadera comunicación para comprenderlo y hacerse cargo de su problema. En consecuencia la relación que establece el médico no es con el paciente como persona, sino con su cuerpo.

Martínez Cortés <sup>(33)</sup> define la comunicación como una de las potencialidades de la persona, es un salirme de mí para comprender al otro, para consentirlo, ayudarlo ó por lo menos acompañarlo. Lo primero que debe hacer el médico es escuchar al paciente <sup>(34,35)</sup>, que nos permite conocer a la persona que es el paciente, al mismo tiempo el paciente que se encuentre a un médico que lo escucha con atención y afecto, da origen a una relación de confianza y cooperación además de que el acto en sí ya es terapéutico. La comunicación verbal es el lazo de unión más importante en la RMP.

El Código de Deontología Médica de Francia dice <sup>(36)</sup>, "El médico debe formular sus prescripciones con toda la claridad indispensable, velar porque el paciente y su entorno familiar las hayan comprendido y esforcezase en obtener su buena ejecución, informar al paciente con toda claridad necesaria e indispensable de las decisiones diagnósticas y terapéuticas". También el Consenso Europeo de la OMS dice: <sup>(37)</sup>, "que los crecientes avances del ámbito sanitario en su conjunto, han provocado que la práctica médica sea más impersonal y poco preocupada por el aspecto humano, a menudo con implicaciones burocráticas, así con el progreso alcanzado en las ciencias médicas y sanitarias y la avanzada tecnología han puesto un nuevo énfasis en la importancia de reconocer el derecho individual a la autodeterminación y con frecuencia a la necesidad de reafirmar que se garanticen otros derechos de los pacientes".

Los pacientes tienen el derecho de ser informados de su estado de salud, del aspecto médico de su condición, y de la terapia médica propuesta, con los beneficios y alternativas de la misma, indicando también cuales pueden ser las consecuencias si falla el tratamiento, el diagnóstico, el pronóstico y la evolución de la terapia.

La comunicación del paciente debe hacerse de manera apropiada, de forma que éste pueda comprender fácilmente evitando el uso de terminologías demasiado técnicas y poco comprensible, sin embargo, en nuestro medio es demasiado frecuente escuchar la queja de nuestros colegas médicos de que la

carga de trabajo ó número de pacientes a atender por consulta (que se les imponen) no permite encontrar el tiempo suficiente para establecer la comunicación adecuada con sus pacientes.

También debemos señalar que son varios los modelos del proceso de comunicación que se han propuesto a lo largo de la historia: Está el modelo Wilbur Schanim que luego fue modificado por Schannon Weaver <sup>(38,39)</sup>, quienes comenzaron a hablar del fenómeno de retroalimentación "feedback" en todo proceso comunicacional, para hablar del circuito de la comunicación , contando que se forma con lo que se llamó una comunicación iniciada y una comunicación retribuida; posterior a esto aparece el modelo Charles Osgood <sup>(40)</sup>, en donde se afianzan los términos codificador y descodificador en el proceso de comunicación, porque los mensajes de los médicos deben ser interpretados para lo que el paciente necesita codificar ó descodificar una información. Por lo que cuando el médico se dirige a sus pacientes debe contemplar esta situación. Por eso se dice que cada cual interpreta el mensaje a su manera, de ahí la importancia de saber como se habla, cuando, a quién y en dónde.

Más adelante se hicieron algunas variaciones al modelo comunicacional y surgió el propuesto por Riley y Riley quienes introdujeron el concepto de grupo primario y abarcaron una estructura social más amplia, lo que el médico debe contemplar siempre dado que el paciente no está solo ni aislado de la sociedad y la manera como se interprete su mensaje también dependerá de quienes lo rodean y lo influyen <sup>(41)</sup>.

Otros modelos comunicacionales como el denominado sociológico, ya consideraban la influencia del trabajo de la familia y del medio más cercano que tanto el emisor como el receptor tienen. Es decir, que comienzan a comunicarse todos los aspectos que pueden modificar la manera como un mensaje es percibido.

El paciente recibe en la RMP un mensaje que él interpreta o incorpora de una forma, pero después ese significado puede cambiar ante el comentario de un familiar, algo que ve u oye por los medios de comunicación o algo que busca en INTERNET, esto también tiene relación con la transferencia y contra transferencia. El médico no debe olvidar sus propios sentimientos y las particularidades de cada paciente.

En otro aspecto, cada vez es más reconocida la importancia de las **señales no verbales** para todo proceso de interacción o comunicación y para dar cuentas de las relaciones entre el médico y el paciente.

Desde la antigüedad la medicina en su historia ha presentado atención **a la observación**, a la hora de hacer un buen diagnóstico, subrayando la importancia de las señales no verbales con frecuencia muy sutiles que manifiesta el paciente de forma tal que en la práctica muchos médicos se fían mucho de las señales de la **interacción cara a cara**.

Actualmente los procedimientos científicos han reemplazado en gran parte el arte de la práctica médica, la dinámica de la interacción interpersonal permanece en su mayor parte desasistida por la investigación sistemática.

La evaluación de la satisfacción de los usuarios constituye una medición útil de la calidad de las consultas y de la relación médico-paciente. Asimismo, las estimaciones basadas en la satisfacción de los pacientes son un indicador de la ejecución del sistema y permiten diseñar diferentes estrategias alternativas para ofrecer los servicios con mayor calidad <sup>(42)</sup>. La valoración de la calidad de los servicios a partir de las quejas o de las encuestas diseñadas para tal fin en los usuarios de servicios médicos, es coherente dentro del modelo de participación donde se le concede a las expectativas del paciente un papel fundamental para explicar la satisfacción o insatisfacción reportada, y esto es crucial en la RMP.

Los estudios sobre calidad enfrentan el problema de la ambigüedad del concepto. Una de las definiciones más aceptadas, aplicada específicamente a los servicios de salud, es la propuesta por Avedís Donabedian. <sup>(43)</sup> *"La calidad de la atención a la salud es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzgan son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención en el presente."*

La evaluación de la calidad de los servicios de salud inició en las primeras décadas del siglo XX, y a partir de la segunda mitad de ese siglo se convirtió en una herramienta indispensable en la transformación de los sistemas de salud, respondiendo a los reclamos de eficiencia técnica y responsabilidad social de sus servicios.

Recientemente se acepta que la calidad de la atención sea evaluada desde la perspectiva de los pacientes, constituyendo así un importante elemento en el desarrollo de los servicios de salud. <sup>(44,)</sup>

Esta nueva tendencia se basa en la convicción de que las acciones desarrolladas para mejorar la calidad de los servicios médicos deben dirigirse primordialmente a la disminución del sufrimiento y el incremento del bienestar general de los pacientes, sin descuidar el uso de instrumentos técnicos capaces de incrementar su capacidad para realizar diagnósticos oportunos y adecuados, así como para establecer tratamientos efectivos considerando las necesidades del paciente y los adelantos científicos de la práctica médica.

La evaluación periódica de las acciones y resultados del sistema de salud constituye la mejor garantía de que sus objetivos se están cumpliendo o están en vías de cumplirse. Por esta razón, la evaluación de los servicios de salud representa una actividad central de los gobiernos y las instituciones de investigación sanitaria. De acuerdo también con Donabedian,<sup>(45)</sup> los servicios de salud deben, además de ser técnicamente efectivos y económicamente eficientes, ser convenientes, aceptables y agradables para el usuario. En este sentido son el paciente y sus familiares quienes, en último término, deciden si el servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. Por esta razón, el objetivo de los servicios no puede limitarse a alcanzar el alivio médico del enfermo, sino buscar incrementar su entusiasmo y su confianza en las instituciones de salud.

El conocimiento científico y técnico puede generar productos o servicios de alta calidad, pero es la aceptación del consumidor la que, finalmente, valida integralmente el proceso de la atención.

Se han desarrollado múltiples propuestas para lograr una adecuada evaluación de los servicios en el nivel en el que directamente se presta la atención. No obstante, prácticamente todas conceden una importancia capital al uso de las encuestas aplicadas directamente a los usuarios y sus familiares para evaluar su satisfacción respecto al servicio recibido de manera que su uso para evaluar la calidad de los servicios se han convertido en una actividad cada vez más importante.

La evaluación de la calidad de los servicios del primer nivel de atención y la satisfacción de sus usuarios es estratégica para identificar los obstáculos y oportunidades que existen para mejorar la planeación, diseño, organización y prestación de estos servicios usados por millones de mexicanos cada año.

El uso más común de estas encuestas de satisfacción es el uso de escalas aditivas de tipo Likert. Dichas escalas están constituidas por una serie de ítems ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El interrogado señala de acuerdo o desacuerdo con cada ítem (muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso en desacuerdo, muy desacuerdo). A cada respuesta se le da una puntuación favorable o desfavorable, la suma algebraica de las puntuaciones de las respuestas del individuo a todos los ítems, da su puntuación total que se entiende como representativa de su posición favorable-desfavorable, con respecto al fenómeno que se mide.

La probabilidad de acuerdo o desacuerdo con cualquiera de las series de ítems favorables o desfavorables. Con respecto a u objeto, varía directamente con el grado de actitud de un individuo. Un individuo con actitud favorable responderá favorablemente a muchos ítems (es decir, estará de acuerdo con muchos ítems favorables al objeto y disentirá a los desfavorables); de un individuo ambivalente puede esperarse que responda desfavorablemente a unos y favorablemente a otros, un individuo con una desfavorable responderá desfavorablemente a muchos ítems.

La escala de Likert tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, y además, proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide. La construcción de esta escala comporta los siguientes pasos:

- 1).- Se recoge una serie de ítems relacionados con la actitud que queremos medir y se seleccionan, aquellos que expresan una posición claramente favorable o desfavorable.
- 2).- Se selecciona un grupo de sujetos similar a aquél al que piensa aplicarse la escala. Estos responden, eligiendo en cada ítem la alternativa que mejor describa su posición personal.
- 3).- Las respuestas a cada ítem reciben puntuaciones más altas cuanto más favorables son a la actitud, dándose a cada sujeto la suma total de las puntuaciones obtenidas.



4).- Para asegurar la precisión de la escala, se seleccionarán el 25% de los sujetos con puntuación más alta y el 25% con puntuación más baja, y se seleccionan los ítems que discriminan a los sujetos de estos dos grupos, es decir, aquellos con mayor diferencia de puntuaciones medias entre ambos grupos.

5).- Para asegurar la fiabilidad por consistencia interna, se halla la correlación entre la puntuación total y la puntuación de cada ítem para todos los individuos, seleccionándose los ítems con coeficiente más alto.

6).- Con los criterios anteriores de precisión y fiabilidad se selecciona el número de ítems deseado para la escala. Para asegurar la validez del contenido, aproximadamente la mitad de los ítems deben expresar posición favorable, y la otra mitad desfavorable. <sup>(46)</sup>

### **3.- Planteamiento del Problema**

La RMP es parte del proceso curativo establecido por el médico. La RMP depende de diversas condiciones ambientales, pero principalmente de lo que ocurre en el encuentro entre médico y paciente. La calidad de esta relación se ha estado modificando, en parte, por los avances tecnológicos, los procesos administrativos y la burocratización de la práctica médica. En base a todo ello nuestro interés se centra en evaluar el nivel de calidad de esta relación desde una perspectiva más humana.

#### **Pregunta de investigación:**

¿Cual es nivel de calidad de la relación médico paciente, percibida por los pacientes en la consulta cotidiana de una unidad de medicina familiar?

#### **4.- Justificación**

La calidad de la atención médica tiene como eje central la actitud ética y la comunicación humana, si la comunicación en la RMP es deficiente, la posibilidad de conflictos es muy elevada. La inadecuada RMP genera desconfianza entre médicos y pacientes.

Dentro de los aspectos básicos en la comunicación verbal médico-paciente está el conocimiento de los fenómenos psicológicos y comunicación apropiada. Hay que tener en cuenta los modelos sociológicos que pueden influir modificando el mensaje en la RMP, además es necesario ver al paciente como un receptor activo seleccionador de lo que quiere atender dentro de una gran masa de mensajes.

El paciente es un ser humano que busca ayuda para mejorar su salud, o para prevenir enfermedades, y que por lo general, siempre lleva un grado de temor o ansiedad. El médico debe ser una persona con amplia capacidad de entrega hacia los demás, con capacidad de liderazgo e inteligente emocionalmente, debe completarse con gran capacidad de comunicación.

Muchas veces nos olvidamos de la comunicación, como poder que tiene el hombre de penetrar en la realidad y ganar una posición de dominio frente a todo aquello que le afecta de algún modo y de lo que es peor aún; no mantenemos un nivel de comunicación adecuada entre nosotros mismos.

La comunicación es la fuente donde se iluminan las cosas, el medio por el cual el hombre es capaz de crear los ámbitos interaccionales que tejen su personalidad.

Otros estudios que han explorado la relación médico paciente han identificado pobreza de los recursos sanitarios, entre los que destacan, el poco tiempo para la consulta, exceso de carga asistencial, falta de recursos y la influencia de factores psicosociales en el encuentro clínico, lo que condiciona problemas de comunicación y sentimientos negativos.

La relación entre la insatisfacción del paciente y quejas por mala practica se han vinculado frecuentemente por una comunicación inadecuada en la RMP, En México esta situación se evidencia por el alto numero de demandas ante la Comisión Nacional de arbitraje Médico.

Varias encuestas a gran escala a nivel mundial demuestran que la mayoría de los pacientes están satisfechos con la calidad de atención de su salud.

Sin embargo, dentro de este amplio panorama de satisfacción y de calidad de atención subsisten algunas importantes áreas de riesgos potenciales asociados con el modelo de la medicina moderna:

- Aumento en la tecnología, disminuyendo el lado "humano" de la atención.
- Aumento en las presiones de tiempo, disminuyendo el tiempo de contacto con el paciente.
- Aumento de la especialización, disminuyendo las relaciones de largo plazo con los pacientes.

- Aumento de las expectativas de los pacientes en cuanto a información y/o participación.

Las primeras tres particularidades descritas pueden resultar en una atención percibida como impersonal. El cuarto factor, especialmente cuando se combina con los otros puede resultar en una significativa insatisfacción del paciente con sus riesgos asociados: quejas, cambio de médicos, incumplimiento de las indicaciones y hasta demandas por mala praxis.

Dado este estado de la medicina moderna, la calidad de la relación médico-paciente cobra aún mayor importancia. El médico de hoy en día está menos propenso a establecer confianza y compromiso entre los pacientes como una parte natural del proceso de atención de la salud. Hoy también es menos probable que los pacientes estén satisfechos y cooperativos si el médico no dedicó explícita atención a la calidad de la relación.

La encuesta de calidad y calidez del IMSS realizada en 1990 en 33 hospitales reportó que 80% de los derechohabientes estuvieron satisfechos con la relación médico paciente y 81% refirieron haber tenido una orientación suficiente y satisfactoria en la consulta externa.

Este trabajo pretende identificar los aspectos más importantes en la comunicación verbal y no verbal, así como la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar señales no verbales emitidas por las personas que le rodean como equipo de salud.

A ese nivel tiene gran interés entender porqué con frecuencia ocurren malentendidos que llevan a reducir la eficacia de las medidas terapéuticas y son fuente de conflictos con el médico.

Una óptima RMP puede beneficiar a ambas partes, pero sobre todo a los pacientes. Revisar las características de los fenómenos involucrados en ello traerá también eficiencia institucional y puede contribuir a una mejor calidad de atención.

## **5.- Objetivos**

### **5.1 Objetivo General**

El objetivo del estudio es valorar el nivel de calidad de la RMP, que perciben los pacientes en una Unidad de Medicina Familiar.

### **5.2 Objetivos Específicos**

- 1.- Evaluar la percepción de la RMP que tienen los pacientes en la consulta de Medicina Familiar.
- 2.- Identificar obstáculos importantes que influyen en la percepción de los pacientes de la RMP.

## **6.- Metodología**

**Tipo de estudio:** Descriptivo, Observacional, Transversal.

Se trata de un estudio descriptivo transversal tipo encuesta, en donde se tomará una muestra aleatoria estratificada en una afiliación proporcional de pacientes adscritos a la UMF No.76. En Uruapan, Mich., del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Universo:**

El estudio se realizó en la UMF No. 76 del IMSS en Uruapan.

**Población de estudio:**

Pacientes mayores de 25 años de edad y de ambos sexos adscritos a la Unidad y usuarios cotidianos de la consulta de Medicina Familiar.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

Pacientes mayores de 25 años de edad, ambos sexos, derechohabientes del IMSS, con cita programada a Medicina Familiar.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Pacientes menores de 25 años de edad, ambos sexos, que no acepten participar.

**Tamaño de la muestra:**

Para determinar la muestra se tomaron en cuenta los siguientes datos:

La población adscrita al turno matutino, corresponde de 19,000 asegurados, con un nivel de confianza del 90 % (valor z de 1.65), con factor de error muestral del 5%.



Una proporción de que la población tenga una característica del estudio de RMP adecuada del 70% (.7) y de que no se presente esta característica en un 30% (.3).

Bajo la fórmula siguiente:

$$n = \frac{z^2 (pq) N}{c(N-1) + z^2 pq}$$

Donde:

N = Universo = 19,000

n = Tamaño de la muestra

z = Nivel de confiabilidad establecido = 1.65

p = proporción del fenómeno estudiado = .7

q = ausencia del fenómeno estudiado = .3

c = nivel de precisión. = 0.5

## VARIABLES

### **Variable Independiente:**

Calidad de la Relación Médico Paciente. Se define como aquella que reúne el nivel mínimo de satisfacción tanto para el médico como para el paciente. En este caso se mide con un cuestionario validado.

### **Variable Dependiente**

Nivel de percepción por el paciente. Se refiere al grado en que el paciente se da cuenta de las características de la RMP, se mide a través de un cuestionario validado.

#### Conceptualización de variables

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Medición</b>
<b>Independiente</b> Calidad de la Relación Médico Paciente	Conjunto de propiedades inherentes a la RMP que permiten apreciarla como igual o mejor o peor que otras,	Ordinal
<b>Dependiente</b> Nivel de percepción por el paciente	Grado en que el paciente se da cuenta de las características de la RMP	Ordinal

**Procedimiento:**

Una vez seleccionados los pacientes, se procedió a una entrevista con ellos a la salida de la consulta. En primer lugar se les solicitó su autorización para participar y al mismo tiempo se les explicó la naturaleza de la investigación. Posteriormente se les pidió contestaran la encuesta.

**Análisis estadístico:**

Se realiza análisis descriptivo, mediante pruebas de tendencia central. En la clasificación global se utilizó la prueba de clasificación sumada tipo Likert, utilizando la escala del dominio afectivo de acuerdo a Krathwohl donde se jerarquiza en 5 niveles. Los datos fueron acumulados en una hoja de Excel y posteriormente en el paquete estadístico.

## **Instrumento**

Desarrollo y validación de la encuesta: Fue necesario construir y validar un instrumento que definiera las áreas que componen la relación médico paciente desde la perspectiva deontológica, formulando una serie de preguntas para cada área, para efectos de conferir validez de contenido y criterio, se utilizó una ronda primaria con los miembros del comité de ética del HGZ 8 de Uruapan Mich., con un total de cinco, a cada uno de ellos se les solicitó, evaluará la pertinencia de contenido, de acuerdo con los que se encuentran en el código internacional de ética médica, así como de los conceptos utilizados en el cuestionario, en relación con su utilización y nivel de complejidad del dominio afectivo <sup>(47)</sup>, los conceptos fueron elegidos por mayoría, el cual quedo conformado por 25 ítems de 28 iniciales; de estos 5 evalúan imagen, 13 comunicación y el resto los aspectos deontológicos.

La primera parte de Instrumento corresponde a Imagen, que comprende la presencia del médico y del consultorio, se evalúa por medio de 5 preguntas.

La Comunicación se estableció en los apartados de feedback donde se incluyen de la pregunta 6 a la 12, sensibilidad, en la pregunta 13, expresividad pregunta 14, contacto físico pregunta 15 y 16, la mirada pregunta 17, expresión facial pregunta 18, la voz, pregunta 19 y los aspectos deontológicos de la 20 a la 22, empatía 23 y el rapport la pregunta 24 y 25.

Se verificó la consistencia interna del instrumento en base a la concordancia presentada en las preguntas establecidas, en una segunda ronda, se realizó una prueba piloto para el cálculo de concordancia de las respuestas esperadas mediante la prueba de alfa de Cronbach y la prueba de mitades <sup>(48)</sup>

Las opciones de respuesta en se clasificaron en una escala de Likert, en cinco niveles otorgando un punto a cada nivel.

1 = Nunca

2= Casi nunca

3= A veces

4= Casi siempre

5= Siempre

En la pregunta 11 y 25 la respuesta esperada era contraria, es decir nunca y estas otorgaban 5 puntos. El total de puntaje esperado resultaba de 125 puntos, correspondiente al 100%.

Los porcentajes obtenidos se clasificaron en cuatro escalas de calidad de la RMP

1.- Muy buena de 101 a 125

2.- Buena de 76 a 100

3.- Mala de 51 a 75

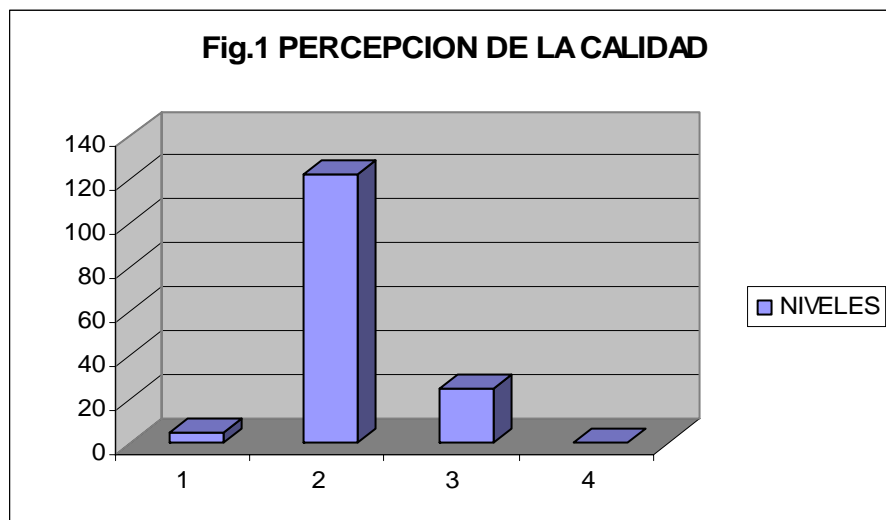
4.- Muy Mala de 25 a 50

## 7.- Resultados

La validación del instrumento para evaluar la opinión del paciente en la relación con su médico resulto de mediante la prueba de alfa de Cronbach de .976 y la prueba de mitades de .984, por lo que contamos con un instrumento confiable.

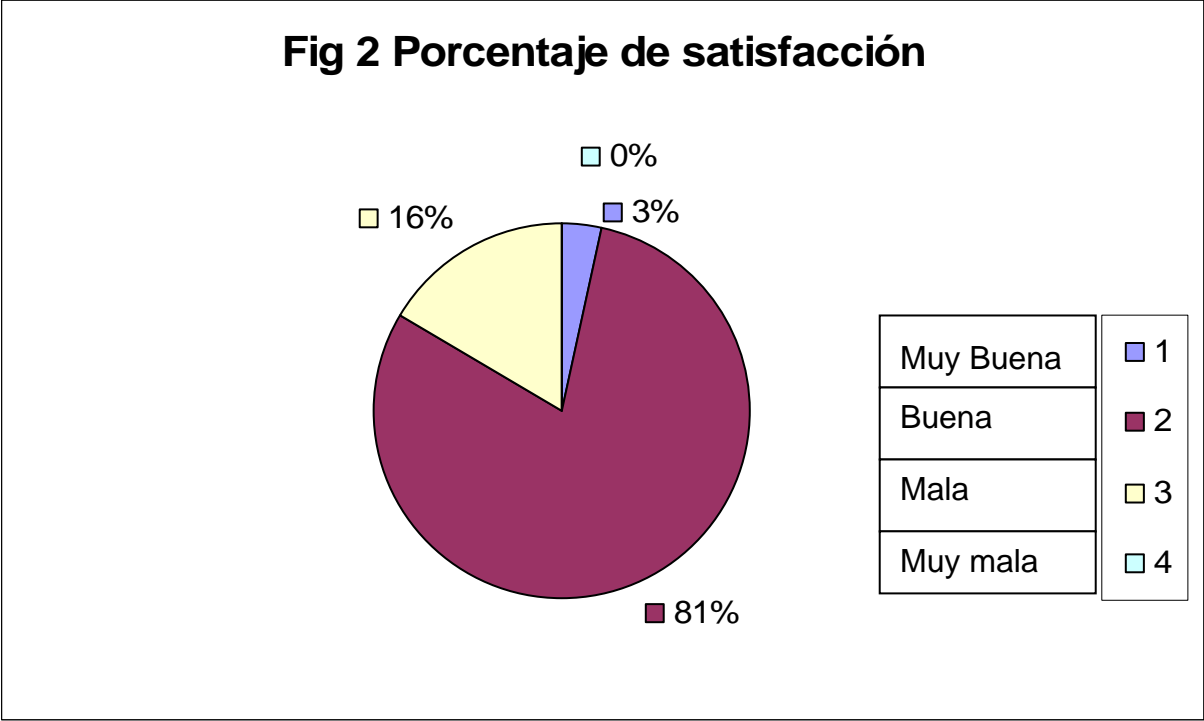
En la encuesta participaron 152 pacientes de estos fueron 110 femeninos y 42 masculinos, la edad promedio del grupo correspondió a 51.16 años con una DE de 15.25, la edad promedio del sexo femenino se presento en 48.15 años con una DE 15.06 y en los hombres una edad promedio se presento en 59.02 años con una DE de 12.92.

La percepción de la calidad determinada por el paciente se aprecia en la figura 1 en donde la mayor proporción se ubica en el nivel dos con buena calidad



- 1.- Muy buena de
- 2.- Buena de
- 3.- Mala de
- 4.- Muy Mala de

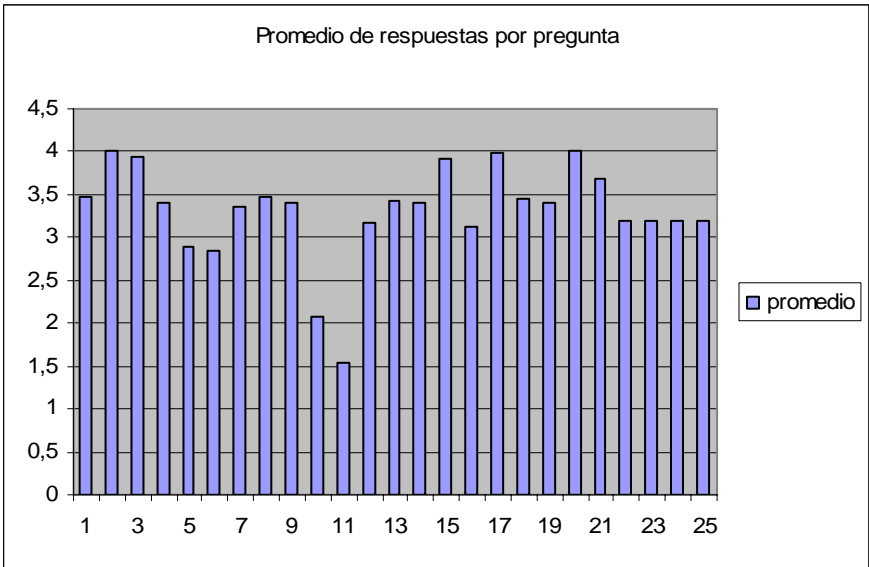
El porcentaje de distribución por niveles de satisfacción reportados por la RMP se presenta en la fig.2, en donde el porcentaje mas alto es la percepción de buena relación, no se reporto muy mala relación.



Fuente encuesta de satisfacción de la RMP

El promedio de respuestas por pregunta del grupo estudiado correspondió a 3.22, (la distribución de las respuestas se presentan en la fig. 3).

Fig. 3 Promedios de respuestas reportadas en la encuesta por pregunta

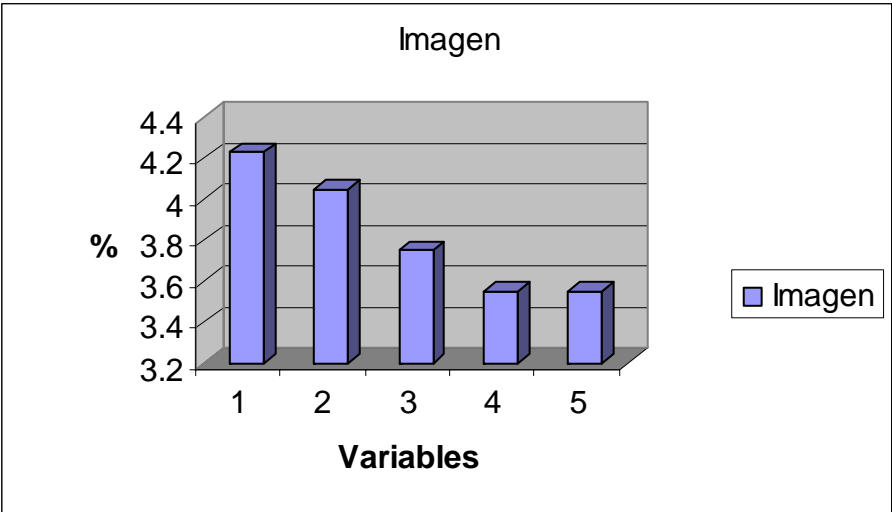


Fuente encuesta de satisfacción de la RMP



En el indicador de imagen se cuestionaron cinco preguntas el promedio de respuestas de cada una de ellas se presentan en el fig. 4, en donde el porcentaje más alto es en la pregunta 2, si el médico se presentaba limpio y la puntuación más baja, fue en la pregunta 4, referente al orden del consultorio.

Fig. 4 Resultados de Imagen

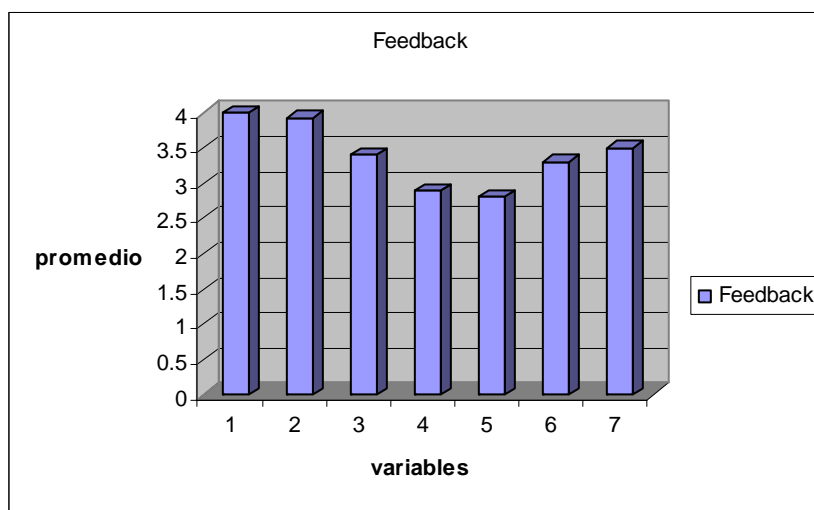


- Imagen
- 1.- El médico se presenta bien vestido
  - 2.- El médico se presenta limpio
  - 3.- Su la imagen le da confianza
  - 4.- El consultorio se encuentra ordenado y limpio
  - 5.- La mesa de exploración esta limpia

Fuente encuesta de satisfacción de la RMP

El Feedback Fig. 5, se evalúa mediante siete preguntas, el valor más alto se presento en la pregunta si la comunicación es comprensible, que corresponde en la gráfica a la variable 1, y la más baja calificación se obtuvo en la variable 5, en donde el médico preguntaba si había dudas.

Fig. 5 Resultados Feedback



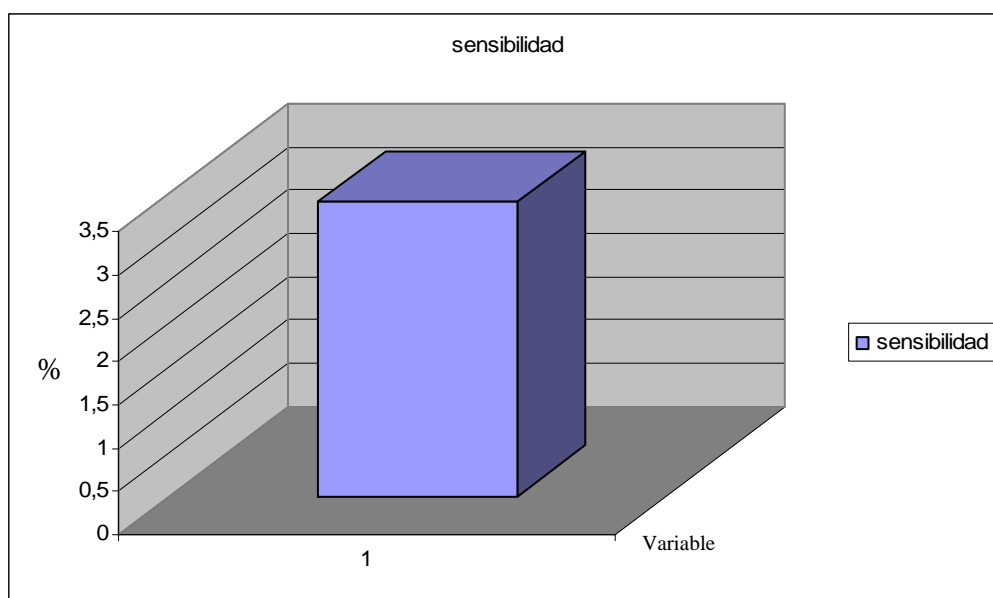
Feedback

- 1.-El médico se expresa de manera que usted le entiende.
- 2.-Le repite las indicaciones.
- 3.-A su acompañante le informa su condición.
- 4.-Queda clara la información de su médico.
- 5.-Le pregunto si tenía una duda
- 6.-Su médico utilizo terminología médica
- 7.- Considera usted que su médico comprendió su lenguaje

Fuente encuesta de satisfacción de la RMP

Los resultados obtenidos en el indicador de sensibilidad se presentan en el Fig.6, que corresponde a la pregunta si el médico lo trató con afecto, con buena puntuación.

Fig.6 Sensibilidad

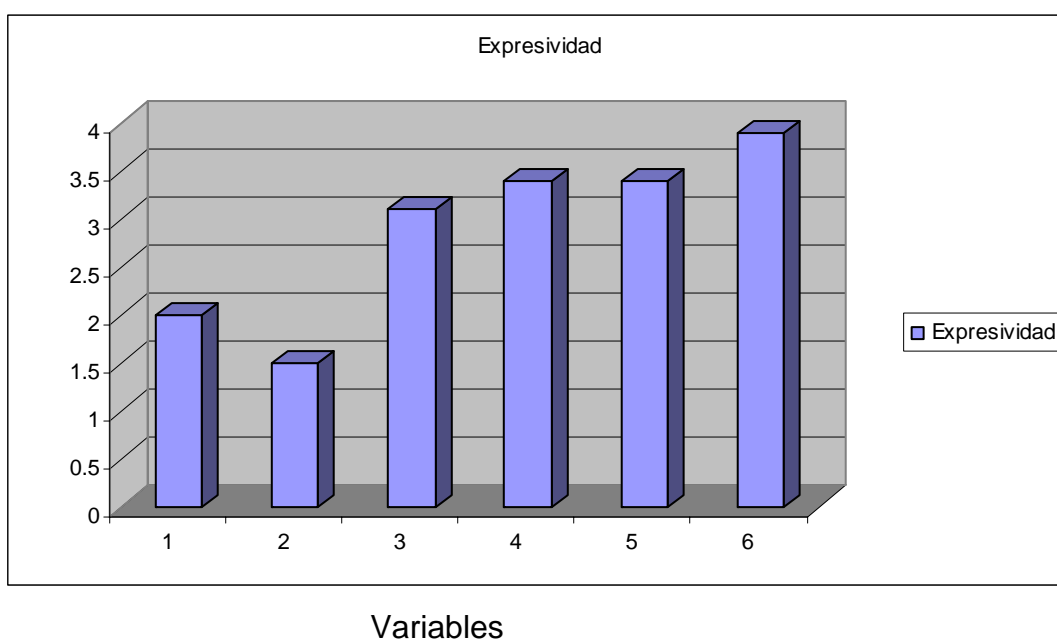


Sensibilidad  
1-El médico lo trato con afecto

Fuente encuesta de satisfacción de la RMP

La expresividad fue evaluada mediante seis preguntas, el más alto puntaje se obtuvo en la variable 6, que se refiere a la pregunta si el médico utilizó una voz que le dio confianza, y el valor más bajo resulto en cuanto si el médico lo saludaba de mano, que corresponde a la variable 2, los resultados se presentan en la fig. 7.

Fig.7. Expresividad



Expresividad

1.- La expresión del médico le dio confianza

Contacto físico

2.-El médico lo saludo de mano

3.-Lo palmeo en algún momento de la entrevista

Mirada

4.-El médico lo miro a los ojos durante la entrevista

Expresión facial

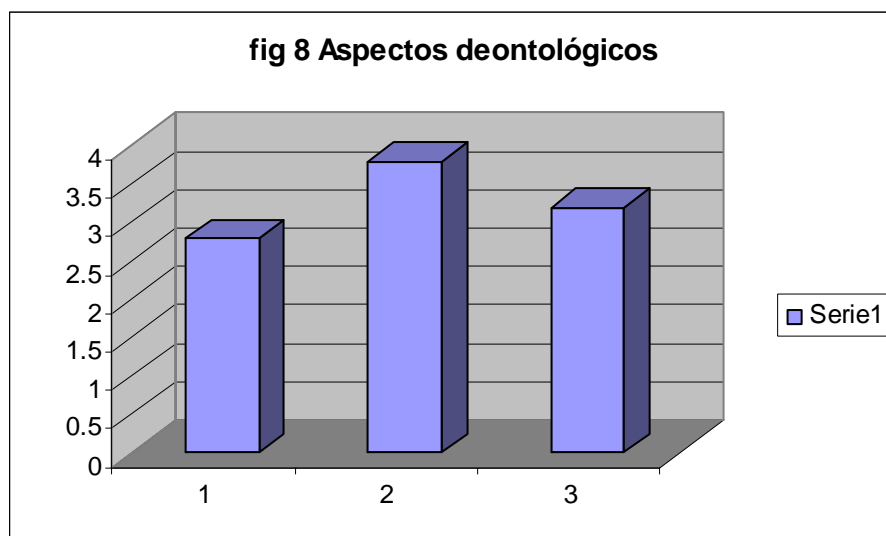
5.-El médico expreso atención ante su consulta

La voz

6.-El médico se expreso con voz de confianza

Fuente encuesta de satisfacción de la RMP

Los aspectos deontológicos se evaluaron con dos preguntas el puntaje mejor obtenido, resultó en la segunda variable que corresponde a la pregunta si el médico le habló de usted, se representa en la fig. 8.



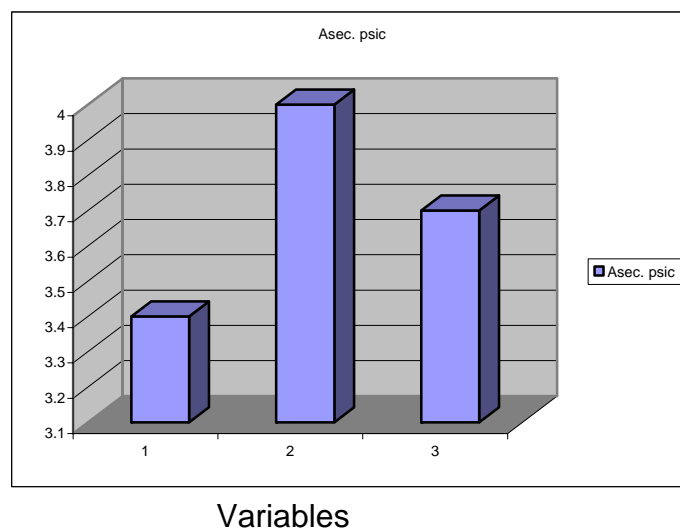
Variables

- 1.-El médico respeto su pudor
- 2.-El medico le hablo de usted
- 3.-El médico le ofrece confianza.

Fuente encuesta de satisfacción de la RMP

En cuanto a los aspectos psicológicos de la comunicación, en lo que se refiere al rapport, donde se cuestiona si el médico le ofrece respeto se obtuvo una calificación alta, Fig. 9.

Fig.9. Aspectos psicológicos de la comunicación



Empatia

1.-Considera a su médico amigable

Rapport

2.-Su médico le ofrece respeto

Resistencia

3.-El médico reacciona en forma inadecuada

Fuente encuesta de satisfacción de la RMP

Por lo tanto, los promedios correspondieron al indicador de imagen con la puntuación más alta con resultado de 3.82, el feedback y sensibilidad a 3.4, la expresividad a 2.8, y lo referente a deontología y aspectos psicológicos de la comunicación no verbal a 3.6.

## 8.- Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio aportan conocimiento sobre la RMP que se práctica en el ámbito de sistema médico familiar del IMSS. Aún cuando el cuestionario original fue modificado, al incrementar el número de preguntas, su eficacia no disminuyó, y se incrementó su validez, lo que permite tener mayor confiabilidad en los resultados.

Aunque el cuestionario permitió determinar la existencia de una buena relación, al parecer, no es tan adecuada como quisiéramos ya que, en lo general, la comunicación no es percibida como muy buena, en cambio los aspectos deontológicos del proceder médico son percibidos como muy buenos, esto posiblemente se debe a los vínculos cognitivo-afectivos establecidos entre el médico de familia, sus pacientes, familiares y usuarios sanos.

Como se ha señalado en otros estudios similares, estos vínculos son recíprocamente reforzados en la actividad cotidiana gracias a una comunicación que fluye naturalmente de la convivencia en pequeños poblados, donde el médico sin proponérselo alcanza un *status* social matizado por el profundo respeto, admiración y gratitud de sus usuarios que como miembros de la comunidad le otorgaban un rango similar al del maestro, el sacerdote y el presidente de la comunidad <sup>(49)</sup>



En los últimos años, por medio de encuestas dirigidas a medir la satisfacción del derechohabiente y sus familiares, diversas instituciones, entre las que se incluye al IMSS, han dado una importancia relevante a la percepción sobre la atención médica y en esta la RMP, que proporcionan los sistemas de salud. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II) la percepción sobre la calidad de la atención en el IMSS fue buena en 46.6%, señalándose como los tres principales motivos de mala atención a los tiempos de espera prolongados, con 29.3%, resultados de salud nulos o negativos en 10.9%, y revisión y diagnósticos no realizados en 10%, mientras que para otras instituciones de salud pública los resultados nulos o negativos fueron la principal causa de percepción de mala calidad con 35.8%. Estos resultados enmarcan la atención médica que mide entre otras cosas la estructura e infraestructura de los servicios.

La encuesta de calidad y calidez del IMSS realizada en 1990, en 33 hospitales reportó que 80% de los derechohabientes estuvieron satisfechos con la relación médico paciente y 81% refirieron haber tenido una orientación suficiente y satisfactoria en la consulta externa. Nosotros consideramos que el resultado de nuestro trabajo, el haber encontrado un 97% con buena y muy buena relación esta dado porque la encuesta evalúa específicamente la RMP y no el entorno de la atención médica como tal, en la que podríamos tener el mayor numero de insatisfacciones originadas por el tiempo de espera, falta de recursos e insumo entre otros.

Estamos concientes que los procesos de comunicación condicionan la calidad de la atención médica y sobre todo la calidad de la relación médico paciente, el poseer estas habilidades comunicativas influyen en mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva, en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento de los tratamientos, en la eficiencia clínica y en la disminución del número de complementarios.

La imagen que presenta el médico y su entorno ante su paciente es la puerta de entrada de la comunicación, nuestros resultados nos demuestran que este indicador presenta los índices más altos de la encuesta, esto es porque el médico ha sido educado para tener una presencia física adecuada, no podemos enseñar lo que no comulgamos.

El circuito de la comunicación o feedback en nuestro trabajo presento un resultado con un promedio de respuestas de 3.4 que lo ubica desde el punto de vista cualitativo como bueno, aunque consideramos no lo suficiente para mantener estándares de la calidad de la atención médica.

Como parte importante de la comunicación, se encuentra la comunicación no verbal a dos niveles: por una parte la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar señales no verbales emitidas por las personas que le rodean incluyendo la de los profesionales de la salud y por otra parte la expresividad no verbal de los pacientes que tan útil suele ser para el médico.

En estos aspectos la sensibilidad encontrada con un promedio de 3.4 considerada como buena, pero no debe de ser la esperada ya que una pérdida de esta sensibilidad lleva al paciente ya ansioso por su propia enfermedad a sentirse desvalorizado o percibir que su padecimiento es grave, por lo que la relación médico paciente no logra la expectativa del efecto placebo.

En cuanto a la expresividad es el indicador que encontramos con el promedio más bajo 2.8, esto puede estar dado por la despersonalización del médico en el ambiente clínico.

La percepción del paciente de la actitud del médico en su proceder como tal (aspectos deontológicos) se encontró con puntuaciones cualitativamente buenas, consideramos que este resultado es por la cultura social en que el médico es percibido.

Dentro de las bases del proceso de comunicación verbal es importante resaltar los fenómenos psicológicos dentro de una RMP como son, las reacciones emocionales del médico hacia el paciente, así como los sentimientos muchas veces de frustración por no poder resolverle su problema de salud, y las conductas que a veces se tornan rudas con intención evidente de acortar el encuentro, cuando el médico desconoce como manejar estas respuestas se afecta en gran medida su relación con sus pacientes.

En este indicador encontramos un promedio de 3.6, lo que permite inferir que del médico para recibir y decodificar la comunicación afectiva de sus pacientes, esto puede permitirle el entendimiento de los sentimientos del paciente. Permitiendo establecer un estado de mutua confianza y respeto entre el médico y el paciente.

Nuestros resultados demuestran que la RMP en medicina familiar presentan un resultado favorable pero altamente con capacidad de superar, consideramos que este resultado se debe a que la RMP en medicina familiar es diferente a la presentado en otras especialidades, el trabajo presentado por Raydel Valdés <sup>(50)</sup> en un estudio de quejas presentadas ante la CONAMED, demuestra que el numero de quejas presentadas a médicos familiares, es solamente la tercera parte de las presentadas en una sola especialidad no familiar, no olvidando que el número de médicos familiares es superior al total de médicos de las otras especialidades.

Es probable que la negativa para manifestar insatisfacción ante el servicio esté relacionada con la presencia de niveles bajos de nivel socioeconómico y escolaridad. Esta asociación inversa ha sido documentada en otros estudios <sup>(51)</sup>

## **9.- Conclusiones**

La comunicación en la RMP presenta deficiencias que son percibidas por el paciente, las cuales deben mejorarse, en procesos de capacitación al médico familiar, en cuanto a la opinión que tienen de su médico en cuanto a su proceder positivo como médico es favorable, dado que se presenta una imagen de confianza, los aspectos de la comunicación desde el punto de vista psicológicos como son la empatía y el rapport tuvieron una alta nivel de satisfacción.

La RMP comprende fenómenos psicológicos, comunicación apropiada, verbal y no verbal, misma que depende de modelos sociológicos que pueden influir en el mensaje. Es necesario ver al paciente como un receptor activo, capaz de tomar sus propias decisiones.

Por otro lado, la necesidad que tiene el médico familiar y en general, todos los médicos; de mejorar la comunicación con sus pacientes en esta relación. La calidad de la atención médica tiene como tema central la comunicación humana.

Si la comunicación en la RMP es deficiente, la posibilidad de conflicto es muy elevada, sobre todo en nuestro medio donde prevalece la medicina defensiva, caracterizada por la desconfianza entre médicos y pacientes.

Los problemas que existen en la comunicación médico-paciente están presentes en diversos contextos culturales y son merecedores de nuestra atención. Una parte muy importante de los efectos del cuidado médico, ya sean positivos o negativos, están relacionados con los procesos que ocurren en la relación médico-paciente y en la entrevista clínica.

Es responsabilidad de los médicos y otros profesionales de la salud comprender el estado de la relación con el paciente y la familia, e implementar cambios en ella para producir efectos que produzcan calidad, es decir, salud.

La comunicación del paciente debe hacerse de manera apropiada, evitando el uso de terminologías demasiado técnicas y poco comprensibles, sin embargo, en nuestro medio es demasiado frecuente escuchar la queja de nuestros compañeros médicos de que la carga de trabajo ó número de pacientes a atender por consulta no permite encontrar el tiempo suficiente para establecer la comunicación adecuada con sus pacientes, pero se debe tomar en cuenta lo importante que es para el paciente el darles una mirada , un saludo, una palmada en la espalda no tarda mas que unos segundos y nos abren las puertas a una buena comunicación.

Hay que recordar que la relación médico paciente 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.

La relación médico-paciente es un fenómeno bastante complejo, y se basa en una multitud de factores de carácter económico, profesional, jurídico, psicológico, moral, ético y estético que hay que comprender, dado que esta es la piedra angular de la gestión médica asistencial.

El desarrollo de las habilidades para entrevistar mejora el proceso de entrevista, la adherencia, la satisfacción y los resultados de los problemas de los pacientes. El conocimiento y uso de esta herramienta es fundamental en la práctica diaria del médico de familia.

La RMP ejerce un alto impacto en el desempeño de los médicos. Por distintas razones la RMP se viene haciendo cada vez más compleja y difícil de manejar adecuadamente. La formación de los médicos provee escasas herramientas, habilidades y estrategias para hacerlo. Esto representa limitaciones y riesgos en la práctica médica para los médicos, los pacientes y las instituciones de salud.

El entrenamiento específico mejora la RMP, se hacen cada vez más necesarios programas que proporcionen herramientas para asegurar calidad en la RMP y que los médicos presten cada vez más atención a su perfeccionamiento en el uso de esta herramienta profesional.

A pesar de que los resultados generales obtenidos en materia de satisfacción de los usuarios en la RMP (97%), en que manifiestan una atención de buena a muy buena no son muy diferentes de los reportados por la Encuesta Nacional de Salud II —que en el rubro denominado "percepción de la calidad de la atención" reportó que 81.2% de los usuarios de los servicios nacionales perciben la atención como buena no puede descartarse la posibilidad de que la baja frecuencia de insatisfacción, aun en condiciones desfavorables de atención, se deba a un probable sesgo aparecido al investigar este aspecto utilizando la técnica de encuesta.

La evaluación de la calidad de los servicios de salud inició en las primeras décadas del siglo XX, y a partir de la segunda mitad de ese siglo se convirtió en una herramienta indispensable en la transformación de los sistemas de salud, respondiendo a los reclamos de eficiencia técnica y responsabilidad social de sus servicios. Recientemente se acepta que la calidad de la atención sea evaluada desde la perspectiva de los pacientes, constituyendo así un importante elemento en el desarrollo de los servicios de salud. Esta nueva tendencia se basa en la convicción de que las acciones desarrolladas para mejorar la calidad de los servicios médicos deben dirigirse primordialmente a la disminución del sufrimiento y el incremento del bienestar general de los pacientes.

Consideramos que este trabajo aporta conocimientos sobre la RMP en una unidad de medicina familiar con sus peculiaridades específicas, que permitirá presentar programas de mejora, e incrementar la satisfacción de sus usuarios. El utilizar la técnica de encuesta presenta sesgo, en cuanto el que administra la encuesta puede propiciar un resultado favorable esperado, creemos que debemos incluir un cuestionario auto administrado, que permita al paciente emitir un dictamen con más autonomía.



En conclusión, podemos decir que la calidad y eficacia en la atención médica incluye mucho más que el conocimiento de los aspectos técnicos del manejo de una enfermedad (cuándo y cómo tratar, cuándo hacer el rastreo, etc.). Es decir, una relación médico-paciente-familia frágil o desfavorable no puede ser reparada o mejorada por todos los demás componentes del sistema (confort, secretarías, renombre de la institución, tipo de instalaciones, etc.), y la calidad de atención será deficitaria.

## 10.- Referencias Bibliográficas

---

<sup>1</sup> Laín-Entralgo P. Historia de la Relación médico-paciente. Madrid: editorial Salvat; 1985.

<sup>2</sup> Watzlawick P. Teoría de la Comunicación Humana. 2ª ed. Barcelona: Editorial Gedisa; 2005.

<sup>3</sup> María-Luz-Paul-Watzlawick. Teoría de la comunicación humana. [madera@sintesisquimica.com.ar](mailto:madera@sintesisquimica.com.ar) .Consultada el 20 de Diciembre 2006.

<sup>4</sup> Bunge M. Ética y ciencia. Buenos Aires: Editorial Siglo XX; 1986.

<sup>5</sup> Peters RS. Filosofía de la Educación. México: Editorial FCE; 1997

<sup>6</sup> Secretaria de Educación Pública (SEP-CONALEP). Desarrollo humano y calidad: "Los valores en la vida social y profesional .México: Editorial Cultural; 1998

<sup>7</sup> Universidad Anahuac. Educación, Bioética y derechos humanos. Medicina y Ética. 1993; IV (2): 9-28

<sup>8</sup> Sela-Bayardo. Etica y medicine, Rev. Biomed. 1997; (2): p.6-8

<sup>9</sup> Boshniakov D. Relaciones entre el médico y el paciente de las condiciones del crecimiento del nivel cultural general e higiénico de la población. En: Ética y deontología. 2ª ed. México: Editorial; 1988.p. 10-22

<sup>10</sup> Santos SL, Amado CMC, Cruz NA, Barriuso A. Ética y moral. Teoría y práctica. En: Introducción a la medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.68

<sup>11</sup> Grupos de estudios sociales de la ciencia y la tecnología. Ciencia, cultura y desarrollo social. 2º tomo Universidad de Camaguey, La Habana Cuba: 1990.

- 
- <sup>12</sup> López QA. El amor humano: Su sentido y su alcance. Madrid: Editorial Edibesa; 1991. p. 256
- <sup>13</sup> López QA. Estrategia del lenguaje y manipulación del hombre. Madrid: Editorial Narcea; 1988. p. 304
- <sup>14</sup> López QA. Vértigo y éxtasis: Bases para una vida creativa. Asociación para el Progreso de las Ciencias Humanas. Madrid: 1987. p. 402
- <sup>15</sup> Bunce, M. "Paradigmas y Revoluciones en la Ciencia y en la Técnica". Jorge Nuñez Jover. (Copilador).Selección de lecturas de problemas teóricos y metodologías del conocimiento. La Habana: Editorial Universidad de la Habana; 1985.
- <sup>16</sup> Anoreiev,L. La ciencia y el progreso social. Moscú: Editorial Progreso; 1979.
- <sup>17</sup> Klober, Gliner. Acerca de las relaciones entre la Historia y la Teoría del desarrollo de la ciencia. En Rev. Cub. De las Ciencias Sociales.1986; Número 10: p.15-20.
- <sup>18</sup> Fabelo JR. Práctica. Conocimiento y valoración. La Habana: Editorial de Ciencia Sociales; 1976.
- <sup>19</sup> Polaino Lorente, Aquilino. Manual de Bioética General. 3ª ed. Madrid: Ediciones RIALP; 1997. p. 490
- <sup>20</sup> Partido Comunista de Cuba. Congreso I. La Habana; 1976.
- <sup>21</sup> Jalvo V et al. Comunicación Educativa. La Habana: Editorial Universidad de La Habana; 1999 Cap VI, p. 100-49.
- <sup>22</sup> Borroto R, Aneiros R. La comunicación humana y la calidad de la atención médica. En: Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997. p. 112-23.

- 
- <sup>23</sup> Jalvo V et al. Comunicación Educativa. Universidad de La Habana. Cap VI, 1999: p. 100-49.
- <sup>24</sup> Pasquali A. "Comunicación y cultura de masas". Capítulo 5<sup>o</sup>: Economía política, Monte Avila Editores. CA 3<sup>a</sup> Edición.
- <sup>25</sup> Mattelart A, M. "Historia de las teorías de la comunicación". 1<sup>a</sup> Edición. México: Editorial Paidós; 1997.
- <sup>26</sup> Jalvo V et al. Comunicación Educativa. Universidad de La Habana. Cap VI, 1999: p. 100-49.
- <sup>27</sup> Reyes-Ortiz CA Gheorghius S. Mulligan T. The empathic physician-aged patient relationship. Gerontol Geriatr Educ 1997; 19-27.
- <sup>28</sup> Ende J. Feedback in clinical medical education. JAMA 1983; 250:777-81
- <sup>29</sup> Withman N, Shwenk TL. The Physician as a Teacher. Secunnd edition, Withman associates, Salt Lake city, 1997.
- <sup>30</sup> Reyes-Ortiz CA Gheorghius S. Mulligan T. The empathic physician-aged patient relationship. Gerontol Geriatr Educ 1997; 19-27.
- <sup>31</sup> Principios de Ética Médica. Cuba. 1987
- <sup>32</sup> Latapì. P. Medicine ¿Crisis profesional o crisis humana? Mèxico: Editorial Gaceta Médica; 1979, p. 115-153.
- <sup>33</sup> Martínez Cortés, F. Ciencia y humanismo al servicio del enfermo. México: Editorial Setra; 1998. p. 36.
- <sup>34</sup> Mattelart A, M. "Historia de las teorías de la comunicación". 1<sup>a</sup> ed. México: Editorial Paidós ; 1997.
- <sup>35</sup> Pamela S, Stephen D. Reese. La meditación del mensaje. México: Editorial Diana; 1994.

- 
- <sup>36</sup> Código de Deontología Médica. París: Editorial Seuil; 1996, p. 103-106.
- <sup>37</sup> Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. Medicina y Ética. 1988; 2:281-297
- <sup>38</sup> Pasquali A. "Comunicación y cultura de masas". 3ª ed. Capítulo 5º: Economía política, Editores Monte Ávila;
- <sup>39</sup> Pasquali A. "Comunicación y cultura de masas". 3ª ed. Editores Monte Ávila.
- <sup>40</sup> Ojalvo V. Concepción de la enseñanza-aprendizaje y organización docente para la formación de valores en estudiantes universitarios. Diseño de Investigación. La Habana: Universidad de La Habana. CEPES; 1997
- <sup>41</sup> Fernández AM. La competencia comunicativa como factor de eficiencia profesional del educador [Tesis doctoral]. La Habana. ISP "Enrique J. Varona", 1996.
- <sup>42</sup> Ramírez STJ, Nájera AP, Nigenda LG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México. Salud Pública. México: 1998; 40:3-12.
- <sup>43</sup> Donabedian A. La calidad de la atención médica. México, DF: Editorial La Prensa Médica Mexicana; 1984
- <sup>44</sup> Vidal PLM, Reyes ZMC. Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad. Salud Pública México; 1993;35(3):326-331
- <sup>45</sup> Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Conferencia magistral. México, DF: Editorial Salud Pública Méx. 1993; 35(3):238-247.
- <sup>46</sup> Ande Egg, E. Introducción a las Técnicas de Investigación Social. Editorial Humanitas; 1978
- <sup>47</sup> Gutiérrez N. Aguilar E. Viniegra L. Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. Rev. Med. IMSS 1999; 37(3): p. 201-210.

---

<sup>48</sup> Deabold B. Van Dalen. Manual de técnicas de la investigación educacional. México DF: Editorial Paidós; 1991.

<sup>49</sup> Chávez I. La misión del médico en la medicina moderna. Conferencia. México en la cultura y otros escritos. Morelia: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia: 1887.

<sup>50</sup> Valdés Salgado R, Molina Leza J, Solís Torres C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje. México DF: Editorial Salud Pública Méx. 2001; 43:444-454.

<sup>51</sup> Zurita B, Nigenda G, Ramírez T. Encuesta de satisfacción con los servicios de salud 1994. En: Frenk J, 2ª ed. Observatorio de la salud. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud, 1997.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN  
UMF 76 URUAPAN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA DETERMINAR EL  
GRADO DE CALIDAD EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE  
PRESENTA DRA. MARIA AZUSENA GARCIA SOLIS

Se agradece su participación en esta encuesta la cual permitirá conocer su opinión en la relación medico paciente, lo que permitirá establecer estrategias para la mejora de la calidad de los servicios.

Identificación

Edad\_\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

A continuación le solicitamos responda de acuerdo a su punto de vista el grado de relación que guarda con su medico familiar siendo las respuestas.

N.- Nunca CN.-

Casi nunca AV.- Algunas veces CS.- Casi siempre S.- Siempre

	GRADO DE RELACIÓN				
	N	CN	AV	CS	S
<p>Imagen</p> <p>1.- El médico se presenta bien vestido</p> <p>2.- El médico se presenta limpio</p> <p>3.- su imagen le da confianza</p> <p>4.- El consultorio se encuentra ordenado y limpio</p> <p>5.- La mesa de exploración esta limpia</p> <p>Feedback</p> <p>6.-El médico se expresa de manera que usted le entiende.</p> <p>7.-Le repite las indicaciones.</p> <p>8.-A su acompañante le informa su condición.</p> <p>9.-Queda clara la información de su médico.</p> <p>10.-Le preguntó si tenia una duda</p> <p>11.-Su médico utilizo terminología médica</p> <p>12.- Considera usted que su médico comprendió su lenguaje</p> <p>Sensibilidad</p> <p>13.-El médico lo trato con afecto</p> <p>Expresividad</p> <p>14.- La expresión del médico le dio confianza</p> <p>Contacto físico</p> <p>15.-El médico lo saludo de mano</p> <p>16.-Lo palmeo en algún momento de la entrevista</p> <p>Mirada</p> <p>17.-El médico lo miro a los ojos durante la entrevista</p> <p>Expresión facial</p> <p>18.-El médico expreso atención ante su consulta</p> <p>La voz</p> <p>19.-El médico se expreso con voz de confianza</p> <p>Deontología</p> <p>Respeto</p> <p>20.-El médico respeto su pudor</p> <p>21.-El médico le hablo de usted</p> <p>Confidenciabilidad</p> <p>22.-El médico le ofrece confianza.</p> <p>Empatia</p> <p>23.-Considera a su médico amigable</p> <p>Rapport</p> <p>24.-Su médico le ofrece respeto</p> <p>Resistencia</p> <p>25.-El médico reacciono en forma inadecuada</p>					