



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A RECIBIR CONSULTA MEDICA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9 IMSS QUERETARO.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de la Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

María del Rosario Villalón Ramírez

Dirigido por

M.D Omar Rangel Villicaña

Presidente

Mtro. Omar Rangel Villicaña.

Secretario

Mtra. Ma. Azucena Bello Sánchez.

Vocal

Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz.

Suplente

Mtra. Leticia Blanco Castillo.

Suplente

Mtra. Lilia Susana Gallardo Vidal.

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (Febrero,2024). México



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Percepciones de los pacientes que acuden a recibir
consulta médica en la unidad de medicina familiar no.
9 IMSS Querétaro.

por

María del Rosario Villalón Ramírez

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Clave RI: MEESC-136204

RESUMEN. Introducción: Los servicios de salud disponibles juegan un papel importante en el proceso de salud-enfermedad pues a partir de las experiencias que adquiere el paciente dentro de la unidad se generan percepciones y conductas que podrían modificar el seguimiento, apego al tratamiento y con ello el pronóstico de su estado de salud. **Objetivo:** Comprender las percepciones de los pacientes que acuden a recibir consulta médica en la unidad de medicina familiar No. 9. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo basado en la metodología fenomenológica. Muestreo no probabilístico por conveniencia. **Criterios de Inclusión:** Pacientes mayores de 18 años ambos sexos que acudieron a consulta de medicina familiar. **Criterios de Exclusión:** No existieron criterios de exclusión. **Criterios de eliminación:** Pacientes que no terminaron la entrevista. **Muestreo:** No probabilístico por conveniencia hasta llegar a la saturación teórica, en las entrevistas realizadas **Resultados:** Se realizaron un total de 9 entrevistas donde se obtuvo las siguientes categorías, acorde a la percepción **I. Atención médica** con tres subcategorías de *a) satisfacción* visto como buena en 3 pacientes; subcategoría de *b) significado* de acudir a atención y *c) las emociones* que experimentaron antes y después de la consulta médica, de las cuales predominó la tristeza y el enojo en 6 de los usuarios; **II. cualidades del médico familiar** con *a) trato amable y empatía* pues cambio la satisfacción percibida en las 9 entrevistas y **III. comunicación médico-paciente** donde se obtuvo una subcategoría de *a) interacción comunicativa* la cual consistía que a mayor participación del médico mejor comunicación medico paciente existió. **Conclusiones.** Los pacientes acuden a la consulta con indiferencia hacia la atención médica debido a vivencias y experiencias que tienen que ver con las malas interacciones médico anteriores y emociones de frustración y desconfianza hacia el servicio. Es decir, cuando el médico familiar no tiene empatía y trato amable se modifica la percepción de bienestar subjetivo, autocontrol y confianza del paciente hacia a los servicios de salud impartidos por la unidad. Pero en cuanto el medico es empático y de trato amable mejora la satisfacción percibida por el paciente.

(Palabras clave: Atención médica, satisfacción, percepción, fenomenología)

SUMMARY

Introduction: The available health services play an important role in the health-disease process, since from the experiences that the patient acquires within the unit, perceptions and behaviors are generated that could modify the follow-up, adherence to treatment and with it the prognosis of your health. **Objective:** To understand the perceptions of the patients who came to receive a medical consultation. **Materials and methods:** Qualitative study based on the phenomenological methodology. Non-probability sampling for convenience. **Inclusion criteria:** Patients older than 18 years of both sexes who attended a family medicine consultation. **Exclusion criteria:** There were no exclusion criteria. **Elimination criteria:** Patients who did not finish the interview. **Sampling:** Qualitative study based on the phenomenological methodology. Non-probability sampling for convenience. **Results:** A total of 9 interviews were carried out where the following categories were obtained, according to the perception: **I. Medical care** with subcategories of *a) satisfaction* seen as good in 3 patients; subcategory of *b) meaning of going to care* and *c) the emotions* they experienced before and after the medical consultation, of which sadness and anger predominated in 6 of the users; **II. qualities of the family doctor**, of which *a) friendly treatment and empathy* were relevant, since it changed the perceived satisfaction in the 9 interviews and **III. doctor-patient communication** where the subcategory of *a) communicative interaction* was obtained, which consisted that the greater the participation of the doctor, the better doctor-patient communication existed. **Conclusions.** Patients come to the consultation with indifference towards medical care due to experiences that have to do with previous bad medical interactions and emotions of frustration and distrust towards the service. In this study it was observed that when the family doctor does not have empathy and friendly treatment, the perception of subjective well-being, self-control and patient confidence towards the health services provided by the unit is modified. But as soon as the doctor is empathetic and friendly, the satisfaction perceived by the patient improves.

(Key words: Medical care, satisfaction, perception, phenomenology)

Dedicatorias

A mi familia por su apoyo condicional.

Agradecimientos

Al Dr. Omar Rangel Villicaña por orientar mi trabajo de investigación y ser motivación constante.

A la Dra. Azucena Bello Sánchez, Dra. Leticia Blanco y a la Dra. Rosalía Cadena quienes me apoyaron moral y académicamente durante mi formación.

A mi familia por enseñarme el valor del empeño y la perseverancia.

INDICE

RESUMEN.....	ii
SUMMARY	iii
Dedicatorias.....	iv
Agradecimientos.....	v
I. Introducción.....	1
II. Fundamentación teórica.....	3
II.1. El proceso salud-enfermedad	3
II.2 Percepción en salud	3
II.3 La satisfacción y bienestar	5
II.4 Calidad en los servicios de salud.....	7
II.5 Antecedentes históricos en la calidad de los servicios de salud del instituto mexicano del seguro social.....	8
II.6 El nuevo modelo de atención centrada en el paciente	10
II.7 La investigación cualitativa en las ciencias de la salud.....	11
II.8 Fenomenología	12
III. Estado del arte	13
III.1 Revisión de la literatura nacional.....	13
III.2 Revisión de la literatura internacional.....	14
III.3 Relación y comunicación médico paciente.....	16
III.4 Factores sociodemográficos en la atención a la salud	17
IV. Hipótesis	19
V. Objetivos	20
V.1 Objetivo general.....	20
V.2 Objetivos específicos.....	20
VI. Material y métodos.....	21
VI.1 Tipo de investigación.....	21
VI.2 Población o unidad de análisis.....	21
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	21
VI.3.1 Criterios de selección	21
VI.3.2 Categorías estudiadas	22
VI.4 Técnicas e instrumentos.....	24

VI.5 Procedimientos	24
VI.5.1 Análisis de datos.....	25
VI.5.1.1 Codificación.....	25
VI.5.1.2 Análisis fenomenológico.....	26
VII. Consideraciones éticas.....	28
VIII. Resultados	30
X. Discusión.....	69
X. Conclusión	72
XI. Propuestas.....	74
XII. Bibliografía.....	75
XIII. ANEXOS.....	78
XIII.1 Hoja de recolección de datos.....	78

I. Introducción

Existe una creciente proporción de personas que requieren los servicios públicos comparado con los que cuentan con otros servicios privados de atención.

El paciente al estar limitado física y emocionalmente en el proceso salud enfermedad y al tener una situación económica precaria para atenderse en medios de salud privados, se ve forzado a elegir los servicios públicos de atención a la salud. Cuya realidad es que por diversos factores Varela et al (2016) menciona que han sido catalogados como ineficientes pues no logran avances en el mejoramiento de la salud de la población con insatisfacción y quejas frecuentes de los pacientes.

Existen fenómenos según García y Ramírez (2004) que intervienen en la recuperación o mantener la salud como las interacciones con los factores externos (instalaciones) así como los factores internos (actitudes) que rodean a los pacientes y la unidad de salud. Estos se miden a través de la calidad de los servicios de salud.

Calidad se define de acuerdo a la OMS, como la satisfacción percibida de los pacientes, esto a través de la atención centrada en el paciente: una visión general sobre su enfoque en los servicios de salud. Vázquez et al., (2018) menciona que cada sujeto juzga su satisfacción través de la experiencia cognitiva de bienestar subjetivo percibida por los sentidos. Según Sutton et al., (2013) a partir de la satisfacción se logra una percepción acerca de la realidad, un conjunto de sensaciones que por consecuencia pueden alterar la confianza en las instituciones y en las medidas que tomen los pacientes, así como la sensación de autocontrol de la enfermedad y del apego a las recomendaciones para terminar con un mejor pronóstico a largo plazo.

Marcinowicz y Górski (2016) refieren que al tener mejor comunicación medico paciente; el paciente presenta mejor apego terapéutico y sigue las recomendaciones favorables a su salud. Son necesarios estudios donde se conozcan las opiniones, las emociones y la satisfacción pues de ahí parte el reforzamiento de la calidad y la interacción medico paciente. A este respecto existe una falta de conocimiento sobre la percepción de los pacientes sobre la consulta en las unidades de primer nivel de nuestro país. Existen pocos estudios a nivel nacional que se acercan a las personas e intentan atender su realidad compleja para poder comprender las experiencias y necesidades de la población que acude a atención medica que de otro modo no se podrían describir.

Álvarez y Jurgenson (2003) mencionan que es necesario estudios no solo de corte cuantitativo si no cualitativo donde se conozcan las percepciones de los pacientes.

Con el presente estudio se conoció las percepciones. Se realizó en la entidad de Querétaro en la unidad de medicina familiar, la UMF 9, que es una unidad de atención primaria que se caracteriza por ser la unidad de mayor afluencia de consulta médica en la región de Querétaro con una población numerosa (180,222). Esta población tiene la característica de tener una variedad cultural y social amplia y en donde las percepciones son variadas. Se dieron a conocer las opiniones, emociones y la significación que han tenido, en el cómo lo viven, como han vivido su atención médica.

II. Fundamentación teórica

II.1. El proceso salud-enfermedad

En el proceso de salud-enfermedad cuando una persona siente que pierde la salud, se inicia un proceso que lo ubica en solicitar los servicios de salud disponibles para recuperar la salud.

Garza y Ramírez (2004) describen en su artículo “Proceso para llegar a ser enfermo y paciente: una perspectiva desde la medicina familiar”; que los factores relevantes en cuanto a desarrollar el papel del enfermo o paciente depende de la naturaleza de la enfermedad (inicio, duración, curso, consecuencias y pronóstico).

En este proceso se desarrollan fenómenos de interacción que influyen decisivamente en la salud. Intervienen factores externos al paciente, como las instalaciones de la institución de salud, aspectos relacionados con las interacciones con el personal de salud y en sí mismo la actitud de los pacientes al momento de acudir a atención.

Es bien conocido que la mayor parte de los problemas de salud diagnosticados en la práctica médica se resuelven conjuntamente con modificaciones en el estilo de vida, ejercicio, alimentación o manejo de estrés. Las cuales deben de tener un sentido de pertenencia y percepción de autocontrol en el paciente para lograr un mejor apego a estas recomendaciones y un pronóstico bueno a largo plazo en los enfermos.

II.2 Percepción en salud

En el diccionario la Real Academia de la Lengua Española define la palabra “percepción” como “Sensación interior que resulta de una impresión material, captación realizada a través de los sentidos” lo que conduce a que la percepción es captada a través de la experiencia, también la define como: “Conocimiento, aprehensión de conceptos e ideas”.

Vargas (1994) en su artículo define que, en la psicología, la percepción, es “el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación de las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social para la elaboración de juicios en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización”.

Además, Vargas (1994) menciona que la percepción es biocultural porque la selección de los estímulos físicos y las sensaciones que se derivan del individuo tiene un interés por ser útiles y deseables y que responden a pautas culturales e ideológicas aprendidos desde la infancia, asignándoles posteriormente una organización y significado. Las estructuras significantes son asignaciones subjetivas que designan rasgos cualitativos mediante los cuales se identifican las experiencias sensoriales y pueden evocar tanto experiencias como distintos planos de elaboración de conceptos o pensamientos simbólicos pues la realidad social se conforma de la integración de sistemas de categorías de diferentes niveles en constante interacción. El pensamiento simbólico se conforma también de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas de los grupos sociales del entorno.

Vargas (1994) sugiere que los juicios dependen de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías con lo que se compara los estímulos que el sujeto recibe para crear nuevas experiencias sensoriales e identificar eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad. La categorización permite la adaptación de los miembros de una sociedad a las condiciones en que se desenvuelven. La interpretación que se le asigna le atribuye valores según la visión que se tenga de la realidad

Vargas (2004) describe también que las percepciones son procesos contruidos involuntariamente, de preferencias y prioridades, de diferencias cualitativas y cuantitativas acerca de lo percibe. Es un proceso parcial dado que lo que se genera es variable, un aspecto de los objetos en un momento determinado en constante construcción. Se dice que lo que en determinado momento interesa de entre las manifestaciones sensibles del ambiente determina la circunstancia

biológica, histórica y cultural en que se encuentran las personas. Pone el orden y significación que la sociedad asigna al ambiente. El sistema cultural, según Hall, es aquel sistema sustentado en la actividad biológica del hombre de manera filogenética. En conclusión, la percepción ofrece la materia prima sobre la cual se conforman las evidencias, de acuerdo con las estructuras significantes que se expresan como formulaciones culturales que aluden de modo general a una característica o a un conjunto de características de los objetos.

Sutton et al (2003) considera que “las percepciones son reales y tienen enormes consecuencias, por ejemplo, pueden alterar la confianza en las instituciones o en las medidas que se tomen para atender problemas”. Con base en la percepción, se define el estado de creencia de los individuos y la colectividad de la población respecto a determinado asunto que implica un juicio de valor.

Las opiniones reflejan correctamente las afectaciones positivas y negativas que experimentan internamente o que expresan físicamente.

De estas referencias se concluye que la opinión o perspectiva que tiene el paciente, basada en experiencias previas relacionadas a la asistencia a los servicios de salud y las cuales han sido adquiridas por medio de las impresiones que le comunican sus sentidos brindan una visión amplia del estado cultural, social de la comunidad de la que pertenecen y son necesarias para comprender las expectativas y necesidades cuando acuden a atención médica que de otro modo no se podrían describir.

II.3 La satisfacción y bienestar

Uno de los factores más condicionantes en la efectividad de la terapéutica y, además, en el seguimiento médico de los pacientes es su satisfacción respecto a la atención recibida. Al percibir satisfacción y con ello bienestar subjetivo le permite al sujeto experimentar cierto control y tener menos estrés sobre su problema de salud.

De Los Ríos Castillo y Ávila Rojas (2004). consideran que satisfacción se trata de “una actitud positiva individual del paciente hacia distintas dimensiones de los servicios de salud”, entendiendo por actitud “una idea cargada de emoción que predispone para un conjunto de acciones. Y entienden que la satisfacción del paciente se concreta en la suma de los factores de satisfacción con la competencia profesional de los trabajadores de la salud, relacionada con sus cualidades personales para interactuar.

Feletti, Firman y Sanson-Fisher tras revisar los criterios de Hulka, Wolf y Ware, construyeron un cuestionario de satisfacción que explora diez dimensiones. Son ellas: 1. Competencia en el dominio emocional 2. Competencia en el dominio físico 3. Competencia en relaciones interpersonales 4. Médico y enfermera como modelos 5. Cantidad de tiempo en las interacciones médicas y de enfermería 6. Continuidad del cuidado percibido 7. Tipo y calidad de la información 8. Competencia técnica médica y de enfermería 9. Percepción del paciente de su atención individual 10. Entendimiento mutuo de la relación enfermera-paciente-médico De estas las dimensiones más destacadas por estudios de satisfacción en los pacientes son: 1. Comunicación: Explicaciones claras, intimidad en la conversación, interés por los problemas de salud de los pacientes. 2. Actitudes profesionales: Los profesionales de la salud deben adoptar conductas amables de apertura y comprensión de los problemas de salud de los pacientes. 3. Competencia técnica: Habilidades y conocimientos propios de su profesión.

4. Clima de confianza: Ambiente propicio para que el paciente sea capaz de discutir con la enfermera y el médico sus sentimientos, preocupaciones y temores.

5. Percepción del paciente de su individualidad: Respeto mutuo cimentado en una relación empática.

Vázquez et al (2018) explica que cada sujeto juzga su satisfacción a partir del bienestar vivido en la experiencia, siendo asociados a la experiencia cognitiva. Se dice que la satisfacción con la vida, así como la felicidad y estados afectivos positivos reflejan el bienestar de las personas.

La satisfacción es por lo tanto un elemento deseable e importante en la actuación de los profesionales de la salud, es intuitivamente entendido por todos, sin que exista un acuerdo en su significado empírico. Se ha medido dentro del formato típico de cuestionarios que se encuentran enunciados con respuestas graduadas que van desde “totalmente de acuerdo”, hasta “totalmente en desacuerdo”. dimensiones evaluadas según la temática de interés de los investigadores. Sin embargo como ya se explico es necesario cuestionarios a profundidad para entender el contexto de la satisfacción percibida.

II.4 Calidad en los servicios de salud

Retomando el artículo de Carrillo et al. (2016) la Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad como: “Un alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de éste y produciendo un impacto final positivo en salud”. Fernández (2021) menciona que es meta de los sistemas de salud: “1) mejorar la experiencia de la atención (satisfacción, confianza, etc) 2) Mejorar los resultados clínicos y la salud de la población (morbilidad, mortalidad, calidad de vida, reducción de hospitalizaciones. Y 3) Mejorar la relación costo eficacia de los sistemas de salud (mejor salud con menores costos). Gerónimo et al., (2017) describe que para el usuario la calidad depende de muchos factores sin embargo al parecer el más importante es su interacción con el personal sanitario, también depende de otros aspectos como el tiempo de espera, el trato digno, la privacidad durante su atención, la accesibilidad de los servicios y de que obtenga el servicio que espera.

II.5 Antecedentes históricos en la calidad de los servicios de salud del instituto mexicano del seguro social

En México, según Carrillo (2016) y Fernández (2021), se han realizado avances importantes en la organización del Sistema Nacional de Salud para ofrecer servicios de calidad centrados en el paciente y que permitan la satisfacción del mismo y de los servicios de salud.

Retomando lo descrito en su artículo Sutton (2013) describe que a finales de los años cincuenta empezaron las primeras experiencias de aseguramiento de la calidad por medio de auditorías formales del expediente clínico del Instituto Mexicano del Seguro Social. Posteriormente se generaron y se pusieron en operación Sistemas de Evaluación en el Instituto como complemento importante para la evaluación de la calidad de la atención, se normaron la operación y funciones de los comités médico asistenciales de unidades médicas: de Evaluación del Expediente Clínico; de Detección, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias; de Tejidos; de Mortalidad y de Investigación. En julio de 1987, la Subdirección General Médica del IMSS editó el documento "Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS incluyendo un 'Instructivo' y una 'Cédula de Registro", documentos que representaron una aportación directa a los trabajos del Grupo Básico de Evaluación del Sector Salud, que editó ese mismo año las "Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud".

Respecto al entorno mexicano según el CENSO del 2020 está en un contexto de pobreza extrema y carencia de recursos. Donde el 73.5% de la población, según registros, cuenta con algún tipo de derechohabiencia del cual el IMSS ocupa el 51%. Es entonces evidente la importancia de realizar estudios de satisfacción en los usuarios de atención de la institución.

Gerónimo et al (2017) en su estudio: Calidad de servicio en la consulta externa de un centro de salud urbano de Tabasco propone que la satisfacción se podría medir comparando las expectativas de los pacientes antes de recibir la atención y después de haber recibido la atención. Si se midieran, según Gerónimo et al., la perspectiva de los pacientes en la estructura (incluyendo instalaciones y personal que atiende), el proceso y el resultado o intervenciones de la atención médica se obtendrían mayores beneficios acorde a los valores sociales imperantes.

Sutton et al (2013) menciona en los estudios que se acercan a las personas y entender su realidad compleja incorporan aspectos multidimensionales; resultan relevantes pues disminuyen la brecha entre quienes planean políticas públicas y quienes reciben sus beneficios; el área de salud en este sentido, resultaría prioritaria. A este respecto la evaluación de la calidad de la atención médica presenta retos significativos, como el correspondiente a establecer juicios de valor para aspectos de la calidad eminentemente subjetivos, definir los puntos a evaluar y los sujetos de evaluación.

El estudio de bienestar subjetivo y la satisfacción supone desafíos epistemológicos ya que los individuos experimentan bienestar en varios planos cognitivo, afectivo, hedónico y místico. Las experiencias de tipo cognitivo están asociadas al alcance de metas. Las experiencias de tipo afectivo, en cambio se refieren a emociones y estados de ánimo que si se asocian con afectaciones positivas se percibe bienestar. El tipo hedónico involucra el uso de sentidos y el bienestar se asocia al placer o dolor. Y el místico está asociado a vivencias de carácter espiritual.

Gerónimo et al (2017) refiere que evaluar la satisfacción es tan importante como evaluar las competencias del clínico. Nos encontramos en una era de distanciamiento de médico paciente debido a los adelantos tecnológicos que, si bien, trae ganancias en cuanto al apoyo diagnóstico y terapéutico ha distanciado más al médico y el paciente.

Fernández (2021) menciona que ha impulsado, en gran parte, que los pacientes estén transformando su actitud ante los servicios médicos, cambiado ellos mismos, al estar ahora bastante más informados y teniendo mayores expectativas ante los profesionales de la salud.

II.6 El nuevo modelo de atención centrada en el paciente

La atención centrada en el paciente, describe Huddon et al (2011) es un nuevo modelo de atención de los pacientes que ha permitido mejorar la atención percibida por los pacientes, ha disminuido el número de quejas por negligencia y ha mejorado la satisfacción del médico, el tiempo de consulta, el estado emocional de los pacientes y la adherencia a la medicación.

Se define según Fernández (2021), como aquella «atención que establece una colaboración entre profesionales, personas y sus familias para garantizar que las decisiones respeten las necesidades y preferencias del paciente y que éstos tengan la educación y el apoyo que necesiten para tomar decisiones y participar en su atención» y que ha logrado mejorar el hasta ahora persistente modelo biomédico que persiste como preferente en la atención médica desde el siglo XX.

Gerónimo et al (2017) refiere que cuando las instituciones de salud y el personal ponen al usuario por encima de todo reflejan valores de respeto, equidad y accesibilidad de la información.

El modelo de atención centrada en el paciente de Stewart et al., 2003 es el más citado en medicina familiar. Propone seguir una atención centrada desde la enfermedad, la experiencia de la enfermedad, compartir responsabilidad médico-paciente, la persona en su totalidad, prevención y promoción de la salud, mejorar relación médico-paciente y alianza terapéutica.

Campos (2019) y Fernández (2021) mencionan que los pacientes desde que ingresan a una unidad de atención médica se encuentran con obstáculos administrativos, con actitudes disímiles del personal, con prestadores de servicios que ven a los pacientes como usuarios que conjuntamente con su confusión acerca de su padecimiento les generan malas experiencias en su atención. Gerónimo et al (2017) señala que los médicos observan enfermedades y habilidades como escuchar, apreciar e interpretar los relatos de los pacientes son raramente valorados.

A medida que se apliquen instrumentos medibles de las percepciones de la atención centrada en el paciente dentro de las unidades de atención médica, estaremos en mejores condiciones de determinar un modelo de atención centrado en el paciente. Las entrevistas cualitativas con pacientes de atención primaria podrían ayudar a refinar empíricamente el modelo conceptual para comprender mejor qué dimensiones están realmente centradas en el paciente, son más significativas para los pacientes y pueden tener un impacto en los resultados a largo plazo.

II.7 La investigación cualitativa en las ciencias de la salud

Álvarez y Jurgenson, 2003 refieren que los análisis cualitativos en el contexto de las ciencias de la salud han surgido a partir del interés mostrado por los investigadores en indagar sobre el significado de los fenómenos a partir de datos concretos, confirmar o rechazar hipótesis y ampliar la comprensión de la realidad como una totalidad. Tratan de comprender a las personas dentro de su marco referencial, la realidad como otros lo experimentan, por eso son estudios ideales para el conocimiento de la percepción de los pacientes.

Las perspectivas filosóficas que se utilizan para interpretar y describir las percepciones en los estudios cualitativos se basan en la fenomenología (la cual propone el análisis desde las categorías de sujeto, subjetividad y significación que se traducen en los conceptos de interioridad y vivencia), el interaccionismo simbólico (desde esta postura se considera como objeto de estudio los procesos de interacción a través de los cuales se produce la realidad social de los individuos

dotada de significado, es la búsqueda dinámica de producción de significados sociales) y la hermenéutica (la cual interpreta los escritos y les da sentido literal o como inferencia del mismo).

II.8 Fenomenología

Alvarez-Gayou, 2003 describe que la fenomenología es una corriente filosófica cuyo padre fundador es Edmund Husserl cuyo estudio se centra en la experiencia personal de los hechos vividos, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones por temporalidad, espacialidad, corporalidad y racionalidad. Existen dos premisas de las que se fundamenta la fenomenología la primera se refiere a la existencia del mundo de la persona a partir de las percepciones, de cómo lo vive. La segunda habla de la conciencia de lo vivido lo cual hace significativo e interesante la existencia humana y cuya comprensión depende del contexto vivido.

La fenomenología hermenéutica cuyo iniciador se atribuye a Martin Heidegger, alumno y crítico de Husserl, plantea una modificación a la fenomenología al describir los fenómenos ocultos, los significados no manifiestos para analizarlos y describirlos.

Así pues, la fenomenología se centra en la conciencia del sujeto para la descripción de la corriente de vivencias.

Aguirre-García y Jaramillo-Echeverri, 2012) describen el método fenomenológico según la siguiente estructura:

A. PREPARACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS 1. Formular la pregunta: definir los términos de la pregunta. 2. Hacer una revisión de la literatura y determinar la naturaleza original del estudio. 3. Desarrollar criterios para seleccionar a los participantes: establecer contacto, obtener consentimiento informado, asegurar la confidencialidad, acordar el lugar y tiempo de los encuentros, obtener los permisos para grabar y publicar.

4. Desarrollar instrucciones y preguntas o temas guía necesarios para la entrevista de investigación fenomenológica.

B. RECOLECCIÓN DE DATOS 1. Participar en el proceso de epojé como una forma de crear una atmósfera y relación que permita la adecuada conducción de la entrevista. 2. Precisar la pregunta. 3. Conducir la entrevista de investigación cualitativa para obtener descripciones de la experiencia. Téngase en cuenta: a. Entrevistas informales. b. Preguntas abiertas. c. Entrevistas guiadas por un tema.

C. ORGANIZAR, ANALIZAR Y SINTETIZAR LOS DATOS”

El análisis desprende conocimiento acerca de la intención, motivación y trascendencia de lo hallado hasta el momento a partir de análisis intencionales, motivacionales y eidéticos.

Hudon et al (2011) describe que los estudios cualitativos utilizan diferentes métodos de obtención de datos. De entre ellos los expertos afirman que las entrevistas y cuestionarios administrados por el paciente son la mejor manera de medir los atributos de la atención centrada en el paciente de la atención primaria de salud.

III. Estado del arte

III.1 Revisión de la literatura nacional

Existe suficiente documentación según Varela et al (2016) acerca de las condiciones desfavorables de la atención en las instituciones públicas de salud, con tiempos prolongados de espera, insuficiencia de recursos y baja satisfacción de los usuarios.

De un estudio de Vázquez et al (2018) de corte cuantitativo sobre satisfacción en cuanto a la prestación de servicios de una unidad de primer nivel de atención médica primaria de Puebla, México en el 2016 se evidenció que el 65% de las pacientes mostraron satisfacción por la atención médica, 74% por el personal de enfermería, 59% por el personal no sanitario y 65% por elementos intangibles como las instalaciones, el orden y la limpieza.

Según Vázquez et al (2018), las percepciones sobre el proceso salud-enfermedad se ven influidas por las experiencias de los problemas de salud similares del mismo paciente o de algún familiar, la capacidad que tienen los pacientes de tolerancia de las emociones, al dolor y a otros cambios físicos; las actividades tanto del cuidado de la enfermedad como de la vida diaria y, por último, la capacidad de manejo del estrés generado por la enfermedad o su atención.

Además, García y Ramírez (2004) en su artículo “Proceso para llegar a ser enfermo y paciente: una perspectiva desde la medicina familiar” señalan la influencia que tienen las condiciones adversas y/o difíciles del contexto en que viven el paciente y su familia, así como la capacidad de las personas para hacer habitable y agradable su medio ambiente. Tanto más inaceptable y difícil sea la realidad, más molestias, sufrimientos y estrés acumulará y expresará la persona.

Según Fernández (2021) en su publicación “La atención centrada en el paciente: una visión general sobre su enfoque en los servicios de salud”, se describe frecuentemente que las inconformidades más comunes de los pacientes acerca de la atención médica está relacionada a la escasa interacción personal que tienen frente a sus médicos (“un alto porcentaje de ellos se quedan con ganas de preguntar sin encontrar la ocasión”); de la poca relevancia que aparentemente éstos le conceden a sus miedos y preocupaciones; de la escasa, confusa e inadecuada información que reciben del médico tratante. Además, señala que rara vez se les da opciones a los pacientes de opinar respecto a sus tratamientos.

III.2 Revisión de la literatura internacional

Del estudio de corte cualitativo interpretativo realizado por Padilla M et al (2013) sobre percepción de los pacientes y sus familiares sobre la consulta médica realizado en una clínica de la Universidad Sabana, Colombia, señalo que, por parte de los pacientes, la calidad de la atención “posibilita confiar en las personas y ajustarse a la condición clínica y a las recomendaciones”.

Entre otros aspectos enfatizan que los profesionales de la salud deben prestar atención a las emociones y pensamientos de sus pacientes; a no recortar o apurar los tiempos de consulta, no dar pronósticos negativos, tener actitudes positivas.

Aunque en general mencionan los profesionales de la salud tuvieron una valoración positiva pues tienen una interacción comunicativa que ha cumplido con el objetivo de proporcionar información y dar manejo a la condición de salud, por otra parte, se afirma que los pacientes no manifiestan sus desacuerdos a fin de evitar confrontación denotando una postura de conformidad y aceptación pasiva frente a la autoridad de los servicios sanitarios.

Esta misma situación la establece Crespillo-García et al (2013) en el estudio cualitativo “Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos poli medicados”, el cual destaca la actitud aceptante por primera necesidad tal vez relacionado al nivel educativo de la población frente al de los funcionarios.

Esta situación debería identificarse refiere Gerónimo et al (2017) en su artículo Calidad de servicio en la consulta externa de un centro de salud urbano de Tabasco, en los establecimientos de salud, pues implica un obstáculo para el proceso comunicativo y relación médico-paciente. “Les interesa un trato personal, subjetivo, ciertamente con resultados no sensibles (medibles) y sensibles para aliviar el sufrimiento”.

Menciona Dambha-Miller et al (2019) en su publicación: “Association Between Primary Care Practitioner Empathy and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality Among Patients With Type 2 Diabetes: A Population-Based Prospective Cohort Study” es todo esto lo que se llama empatía y que se refiere a la atención que presta el servidor de la salud a la comprensión de la perspectiva del paciente, la toma de decisiones compartida entre el paciente y el médico y la consideración del contexto más amplio en el que se experimenta la enfermedad.

Fernández, 2021 refiere que es imparcial el deseo de que los pacientes quieren que sus médicos “les apoyen, los escuchen y les expliquen con claridad” cada vez es menor el número de pacientes que aceptan permanecer pasivos en relación a su proceso de atención y tratamiento. Se ha descrito que curar en medicina es un arte y que la comunicación es la mejor herramienta diagnóstica y “placebo” en aliviar el daño.

Demostración de ello se encuentra en un estudio experimental de Fuentes et al (2014) en su publicación “Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study” donde pacientes que recibían terapia física para dolor lumbar crónico al recibir una alianza terapéutica se encontró en mayor cuantía la disminución del dolor a comparación de los pacientes con esta patología en que quienes no la recibieron. Menciona que “el alivio del padecer, está centrado en la relación subjetiva y humana inherente a la misma existencia del ser humano y las relaciones sociales que establece”.

III.3 Relación y comunicación médico paciente.

Ramiro y Cruz (2017) describen que según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) al existir fallas en la comunicación médico paciente se crea una deficiente relación médico paciente y quejas frecuente de los pacientes. Tan solo en 2016 se presentaron 2,044 quejas, las cuales han ido en aumento y son atribuidas directamente a conflictos respecto a la relación médico-paciente.

Ramiro y Cruz (2017) mencionan que además, una comunicación inadecuada entre el paciente y el médico favorece una pobre adherencia de los pacientes a las recomendaciones de tratamiento.

Marcinowicz y Górski (2017) mencionan en su publicación “Medical consultation and communication with a family doctor from the patients’ perspective – a review of the literature. Family Medicine & Primary Care Review” que la comunicación debe ser eficaz de tal forma que mejore la salud del paciente y promueva la cooperación entre el profesional de la salud y el usuario.

III.4 Factores sociodemográficos en la atención a la salud

En la literatura socio médica, se ha descrito diferencias entre la asistencia, percepciones y conductas entre géneros hombres y mujeres.

Esto se puede relacionar a factores demográficos pues, según el CENSO 2020, hay una distribución poblacional del país de un total de personas de 126, 014,024 donde el 48.8% son hombres.

Otro factor relacionado según Gerónimo et al (2017) es la concepción de la salud que tienen las mujeres y los hombres y que está influenciado por factores biológicos (genéticos, fisiológicos, anatómicos, etc.), factores culturales, sociales, laborales y medioambientales que condicionan la forma distinta de estado de salud y los riesgos de padecer una enfermedad. Hay más asistencia de las mujeres pues los hombres dan prioridad a otras cosas, por lo que posponen la atención con el médico.

Sutton et al (2013) menciona como teoría que existe una sobrecarga física y emocional mayor en el género femenino relacionado a la familia, dentro de los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipo de ocupación. El reconocimiento del impacto del trabajo doméstico y de las condiciones en que se realiza, es un ejemplo para entender las desigualdades entre hombres y mujeres.

En otro aspecto de un estudio de Vázquez et al. (2018) titulado “Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica” se describió que hubo mayor satisfacción en 72 pacientes (75% del total) que tenían una escolaridad analfabeta y primaria, respecto a un nivel superior de estudios.

El nivel de escolaridad o conocimientos es por lo tanto determinante en disminuir la exigencia de la población derechohabiente según este estudio. Se conoce además de datos registrados en el CENSO 2020 el mayor porcentaje de escolaridad de cada 100 personas de 15 años o más corresponde el 49.3% al nivel básico de educación y solo el 24 % media superior o 21.6 % superior.

Sobre aspectos del servicio de atención a la salud Gerónimo et al (2017) en su estudio “Calidad de servicio en la consulta externa de un centro de salud urbano de Tabasco” se puede evaluar la satisfacción de los usuarios de aspectos como la fiabilidad (ejecutar el servicio de manera fiable y cuidadosa), la capacidad de respuesta (rapidez del servicio), seguridad (atención relacionada con el conocimiento y habilidades de los trabajadores y que el usuario percibe como atención segura), empatía y aspectos tangibles (apariencia física de las instalaciones, equipos, personal y material)

De un estudio cualitativo de Marcinowicz et al (2015) sobre “Medical consultation and communication with a family doctor from the patients’ perspective – a review of the literature. Family Medicine & Primary Care Review.” el interés que tienen los pacientes sobre la participación en estudios de satisfacción se evidenció que los usuarios de salud desean participar en estudios de mejoramiento de la calidad de la atención pues la evaluación de la atención medica debe basarse en elementos que no requieran la experiencia médica y que además es un derecho del paciente como contribuyente.

Otro aspecto determinante de la perspectiva sobre la atención medica es la respuesta al tratamiento. A este respecto influye también la actitud y conducta que tienen los pacientes respecto a su salud. Existen múltiples modelos de comportamientos de salud que intentan explicar la conducta respecto a la adherencia al tratamiento. El más difundido es el modelo de creencias de la salud de Rosenstock que enfatiza la percepción acerca de la vulnerabilidad a la enfermedad y la eficacia del tratamiento, todo lo cual repercutirá en la toma de decisiones y compromiso de la salud.

Entre esa ideología Riveros et al (2010) refiere que esta la creencia negativa sobre las repercusiones que ocasionara cierto número de medicamentos muchas veces influidos por el ambiente familiar.

IV. Hipótesis

Acorde que el diseño de este enfoque no se partió de ninguna hipótesis ya que esta puede surgir durante la recolección de datos y su análisis.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Comprender las percepciones de los pacientes que acuden a consulta médica en la unidad de medicina familiar número 9 de Querétaro, Qro.

V.2 Objetivos específicos

Identificar y comprender la percepción del paciente antes de acudir a consulta médica en la unidad de medicina familiar número 9 Querétaro, Qro.

Identificar y comprender la percepción del paciente posterior a acudir a consulta médica en la unidad de medicina familiar número 9 Querétaro, Qro.

Identificar y comprender las emociones que expresan los pacientes antes de acudir a consulta médica en la unidad de medicina familiar número 9 Querétaro, Qro.

Identificar y comprender las emociones que expresan los pacientes posteriores a acudir a consulta médica en la unidad de medicina familiar número 9 de Querétaro, Qro.

Identificar y comprender la realidad de los pacientes de la unidad de medicina familiar número 9 de Querétaro, Qro dentro de su marco contextual (sociedad)

Identificar y comprender lo que significa acudir a consulta médica en los pacientes de la unidad de medicina familiar número 9 de Querétaro, Qro.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se llevó a cabo un estudio de diseño cualitativo basado en el método fenomenológico que en el ámbito de las percepciones y satisfacción en las investigaciones de salud entienden mejor la complejidad del objeto de estudio desde las categorías de sujeto, subjetividad y significación y los traducen en los conceptos de vivencia y realidad que de otra forma no se podrían describir y explicar.

VI.2 Población o unidad de análisis

Pacientes de la unidad de medicina familiar número 9 que acudieron a consulta para atención médica en los meses de enero a junio del 2022 sin especificar el motivo de consulta.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

Muestreo aleatorio no probabilístico por conveniencia.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyó pacientes mayores de 18 años sin importar sexo, genero, preferencias sexuales, religión, afiliación política, religión, color de piel, aspecto físico, que acudieron a consulta médica y que asistieron en el periodo de enero a junio del 2022 posterior a que aceptaron el consentimiento informado.

VI.3.2 Categorías estudiadas

Acorde que el diseño del estudio es un enfoque de aspecto cualitativo las variables estudiadas se incluyen en la matriz de categorización y en los factores sociodemográficos identificados. La matriz de categorización es resultado de los objetivos de la investigación tanto del general como de los específicos.

Matriz de categorización

Objetivo General	Categoría deductiva	Definición	Subcategorías
Conocer las percepciones de los pacientes que acuden a consulta medica	Percepción	Es el conjunto de procesos y actividades relacionados con el estímulo que alcanza los sentidos, del cual se obtiene la información de lo que nos rodea, acciones propias y de los demás, y de nuestra conciencia. La cual incluye toda actitud positiva individual del paciente hacia distintas dimensiones de los servicios de salud (satisfacción)	Se obtendrán a partir de resultados obtenidos durante la recopilación de la información.
	Atención Medica	Acciones específicas del profesional médico en la promoción, atención y cuidado de la salud de los pacientes.	

Conocer que significa para el paciente acudir a consulta medica	Significado de atención medica	Construcción personal del entorno a partir de símbolos basado en las interacciones, expectativas y propósitos.	Se obtendrán a partir de resultados obtenidos durante la recopilación de la información.
Conocer las emociones que experimentas los pacientes que acuden a atención medica	Emociones	Conjunto de reacciones orgánicas que experimenta un individuo cuando responden a ciertos estímulos externos que le permiten adaptarse a una situación con respecto a una persona, objeto, lugar, entre otros	Frustración. Insatisfacción. Enojo. Tristeza.
Conocer la realidad de los pacientes de la unidad de medicina familiar número 9 de Querétaro, Qro dentro de su marco contextual (sociedad)	Realidad	Serie de fenómenos externos a los sujetos (que no pueden controlar su existencia en el mundo) y el "conocimiento" es la información respecto de las características de esos fenómenos.	Se obtendrán a partir de resultados obtenidos durante la recopilación de la información.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Se realizó una entrevista semiestructurada que comprendió a las personas desde su marco referencial acerca de los significados no manifiestos de la atención médica.

Este instrumento se realizó mediante una matriz de categorías, que fue una guía para la realización de las interrogantes que conformaron la entrevista a profundidad donde se planificó los temas de conversación sin un orden formal para hondar en las cuestiones referidas donde la narrativa del informante fue descripción abierta y flexible del tipo conversacional.

Esto a su vez, fue la base para un análisis deductivo y un análisis inductivo posterior a la recopilación de la información.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por el director de tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada

Se acudió en horario matutino y vespertino de 8:00 a 20:00 horas a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de la Delegación 23 de Querétaro, se seleccionó a los aleatoriamente a los pacientes y se les invitó a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve del objetivo del estudio.

Durante el trabajo de campo se captó la entrevista (con duración aproximada entre 20-30 minutos) por grabadora de voz y se realizaron anotaciones en un cuaderno de notas con respecto a las gesticulaciones y actitudes (expresiones no verbales) que se observaron del entrevistador (residente) con el entrevistado.

Posterior a la realización de la entrevista se transcribió cada una de las narrativas en letra con diferente color por cada persona para su posterior análisis.

VI.5.1 Análisis de datos.

Una vez finalizada la fase de entrevista se transcribió la información cualitativa. Dicha transcripción se realizó por los responsables de la investigación, cuidando en todo momento el aspecto ético para garantizar la confidencialidad de los informantes.

Se asignaron categorías y definiciones simultáneamente a los fragmentos de la entrevista de acuerdo con el procedimiento que se describe a continuación.

VI.5.1.1 Codificación.

El análisis inició con la codificación de la información, se etiquetó con plumines de color los textos con comentarios, opiniones, sentimientos, etc. Las categorías deductivas se marcaron de color rojo y las subcategorías que resultaron de color azul. Con lápiz se señalaron códigos tentativos para cada categoría y subcategoría.

Por medio de material didáctico adicional, cartulinas se incluyó recortes de los textos en categoría o subcategorías correspondientes según la relación, propiedades o dimensiones que guarden entre sí. De esta codificación se generaron diagramas y versiones del reporte final de la investigación.

Los diagramas y versiones fueron interpretados por los investigadores acorde a las teorías del método fenomenológico para la descripción de las deducciones e inducciones de los mismos.

Analizada la información se conservó en archivos encriptados por el sistema AES crypt y del cual solo tienen acceso los investigadores.

VI.5.1.2 Análisis fenomenológico

Esta etapa conocida como etapa estructural se aplicó simultáneamente con la codificación para poder describir e ir saturando la información para que esta no fuera repetitiva. El objetivo central de esta etapa fue el análisis inductivo y deductivo de las descripciones contenidas en las entrevistas, tomando en cuenta que todos los pasos están enlazados entre si y se describen a continuación.

VI.5.1.2.1 Primer paso: Se revisó la descripción de las entrevistas (relato escrito y audio), primero, con la actitud de revivir la realidad en su situación concreta y, después, con la actitud de reflexionar acerca de la situación vivida para comprender lo que pasa. El objetivo de este paso fue realizar una visión de conjunto para lograr una idea general del contenido que hay en los relatos. Esto se realizó al transcribir cada una de las narrativas.

VI.5.1.2.2 Segundo paso: Se dio significado meditando acerca del posible significado acerca del sentido y la intención de las opiniones, emociones y gesticulaciones y se conjunto en un área temática o unidad significativa resultado de pensar que pudiera tener una parte en el todo. El análisis iniciará con la codificación de la información, se etiquetará con plumines de color los textos con comentarios, opiniones, sentimientos, etc. Las categorías deductivas se marcarán de color rojo y las subcategorías que resulten de colores diferentes. Con lápiz se señalarán códigos tentativos para cada categoría y subcategoría.

VI.5.1.2.3 Tercer paso: en primer lugar, se eliminan las repeticiones y redundancias en cada unidad temática, simplificando así su extensión y la de todo el protocolo; en segundo lugar, se determina el tema central de cada unidad.

VI.5.1.2.4 Cuarto paso: Se reflexiona acerca de los temas centrales a que ha reducido las unidades temáticas y se expresa su contenido en un lenguaje técnico o científico apropiado (lenguaje psicológico, pedagógico, sociológico, etc.).

VI.5.1.2.5 Quinto paso: Se hace un análisis intencional acerca de la experiencia intencional del sujeto (identificación de la intención que anima la acción y toda la conducta), ya que la referencia intencional constituye la estructura básica del fenómeno y la clave para comprenderlo.

VI.5.1.2.6 Sexto paso: La finalidad de este paso es integrar en una sola descripción, lo más exhaustiva posible, la riqueza de contenido de las estructuras identificadas en los pasos anteriores en análisis por categorías.

VI.5.1.2.7 Séptimo paso: Este paso final consistirá en realizar una o varias entrevistas con cada sujeto para darles a conocer los resultados de la investigación y oír su parecer o sus reacciones ante los mismos. Al comparar estos resultados con su vivencia y experiencia personal, podrán aparecer aspectos omitidos, ignorados o, también, añadidos

VII. Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempla la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentará para su revisión, evaluación y aceptación.

La reglamentación es de acuerdo a

La Ley General de Salud:

LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

Sobre todo, en su artículo 17 Párrafo II donde se especifica que un comité de ética en investigación que será responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético que correspondan y elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud, debiendo dar seguimiento a sus recomendaciones.

A los postulados de la Declaración de Helsinki de los cuales destacan para este estudio los siguientes: Postulado 4 Será deber del médico promover y salvaguardar la salud, el bienestar y los derechos de los pacientes, incluidos los involucrados en la investigación médica. El conocimiento y la conciencia del médico están dedicados al cumplimiento de este deber. Postulado 6 El objetivo principal de la investigación médica en seres humanos será comprender las causas, el desarrollo y los efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Postulado 7 La investigación médica estará sujeta a normas éticas que promueven y garantizan el respeto de todos los seres humanos y protegen su salud y sus derechos. Postulado 9 Será deber de los médicos que participan en la investigación médica. proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la privacidad y la confidencialidad de la información personal de los sujetos de investigación.

La responsabilidad de la protección de los sujetos de investigación debe recaer siempre en el médico u otros profesionales de la salud y nunca en los sujetos de investigación, aunque hayan dado su consentimiento. Postulado 25 La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado como sujetos en la investigación médica debe ser voluntaria. A pesar de esto podría ser apropiado consultar a miembros de la familia o líderes comunitarios, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado puede inscribirse en un estudio de investigación a menos que esté de acuerdo libremente. Postulado 26 El sujeto potencial debe ser informado del derecho a negarse a participar en el estudio o retirar su consentimiento para participar en cualquier momento sin represalias.

Además, según el artículo 21 de la ley general de salud en su postulado VI se tendrá la garantía de que las personas recibirán respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

Adicionalmente, el titular de la institución de atención a la salud establecerá una supervisión estricta para determinar si aumenta la magnitud de los riesgos previstos o surgen otros y suspenderá la investigación en el momento en que el riesgo pudiera afectar el bienestar biológico, psicológico o social del menor o del incapaz.

Por las características del estudio se considera que no implica riesgo a la salud para los pacientes.

Se dará a firmar carta de consentimiento informado previa explicación de los procedimientos a seguir.

Se derivará al servicio de orientación y quejas según corresponda algún caso de mal información o negligencia de atención.

VIII. Resultados

De los 9 sujetos que se entrevistaron se obtuvo la siguiente información:

Variables	Característica	Total
Sexo	Masculino	5
	Femenino	4
Edad	25 a 44 años	4
	45 a 65 años	4
	66 a 70 años	1
Estado civil	Viudo	1
	Casado	3
	Unión libre	2
	Soltero	3
Escolaridad	No escolarizado	0
	Primaria	0
	Secundaria	2
	Bachillerato	4
	Licenciatura	2
Ocupación	Jubilado	1
	Ama de casa	1
	Obrero	5
	Carrera técnica	1
	Licenciatura	1

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central	Expresión en lenguaje científico
<p>Importancia de la Atención Médica y trato posterior a la consulta</p>	<p>Satisfacción en capacidad medica</p>	
<p>SN4 “Mucha muy alta importancia. Emm.... La verdad aquí el servicio no es eficiente por lo mismo porque hay muchas personas tal vez no hay un personal completo o capacitado” “Rápida, oportuna y con buena calidad. Debe ser oportuna porque el doctor debe estar capacitado no nada más recetar o diagnóstica” Posterior a la consulta “La doctora sabe lo que hace y se ve que está muy bien capacitada, muy bien estudiada”</p>	<p>El entrevistado refiere insatisfacción en la atención médica debido a los tiempos de consulta alargados, a falta de personal médico tal vez relacionado a que no hay personal capacitado para dar atención para muchas personas. Posterior a la consulta su opinión es diferente pues entiende su malestar y comprende el seguimiento de su tratamiento teniendo una percepción de buena capacitación por parte de su médico familiar.</p>	<p>La satisfacción es buena después de la consulta debido a una mejor comunicación del médico con el paciente lo que a su vez es percibido como capaz y eficiente.</p>

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central	Expresión en lenguaje científico
	<p>Satisfacción en la revisión medica</p>	
<p>SN3 “Pues es de muy grande importancia, ósea que deben de atendernos uno pronto. No me han atendido como debe ser por mi sangrado... voy a urgencias, me atendieron a medias.... (pausa) es el tercer día que vengo a un solo problema de salud y</p>	<p>La paciente refiere fracaso del sistema de salud ejemplificado por idas y venidas de la clínica. Refiere una falta de solución a sus problemas de salud al no tener una exploración física dirigida ni estudios de laboratorio complementarios.</p>	<p>La falta de comunicación médico-paciente acerca de la enfermedad genera una percepción de un mal manejo del paciente. Además, existe insatisfacción pues en la consulta al actualizar los datos de la nota medica se da menor prioridad en</p>

<p>todavía no me resuelven bien mi situación. Como debe de ser. No le dan una buena revisión, una exploración física bien sobre a veces el problema que uno tiene” “No me hicieron exámenes de nada que deberían porque están viendo que esto era recurrente pues deben atender a uno, pasarlo a que le hicieran exámenes” “Porque a veces nada más lo tratan como muy ligeramente sin entrar a fondo en la enfermedad que uno tiene” Posterior a la consulta: “No sé si estén cambiando a cada rato, pero, ahí si está un poco mal porque no se lleva una secuencia”.</p>	<p>Posterior a la consulta la percepción de la paciente de consulta es mala pues ahora teniendo otro médico en atención se pierde tiempo en actualizar al personal.</p>	<p>la atención hacia el paciente.</p>
--	--	--

<p align="center">ATENCION MEDICA</p>		
<p align="center">Unidad Temática</p>	<p align="center">Tema central Satisfacción en revisión medica</p>	<p align="center">Expresión en lenguaje científico</p>
<p>SN7 “Me hago un examen, ahí está. Ni siquiera te dice, oyes, este, tienes esto, te falta esto. Nada. Nomás medicina y ya vete” “Lo revisen bien a uno”</p>	<p>El paciente refiere tener una percepción mala del servicio por una inexistente comunicación con su médico y una falta de revisión médica. Además del poco interés que muestra su médico al revisarle sus exámenes de laboratorio que por iniciativa solicito.</p>	<p>La falta de interés del médico y una comunicación vertical generan una percepción de mal servicio de consulta.</p>

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en los tiempos de consulta.	Expresión en lenguaje científico
SN6 “Debe de haber una programación adecuada para que la gente no esté tanto tiempo en espera” “Mala, no me atendió”	La paciente refiere satisfacción con normas establecidas de programación para agilizar los tiempos de espera de consulta desconociendo que ya hay un horario establecido. Posterior a la consulta no se recibe la atención y por lo tanto no se puede hablar de alguna modificación.	Los tiempos de consulta prestablecidos son importantes para los pacientes pues generan seguridad y satisfacción.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en los tiempos de consulta.	Expresión en lenguaje científico
SN8 “La consulta en general bien. Los tiempos de espera son los que tienen algunas carencias” “Si es un problema que requiere atención inmediata tan solo para laboratorios es al menos, por lo menos dos semanas de espera” “Generalmente viene una persona, en este caso mi pareja a dejar el carnet muy temprano.”	La paciente describe una deficiencia en la rapidez de atención por los tiempos de espera y que esto detiene el proceso de manejo de su padecimiento. A pesar de ello muestra una actitud conformista luego de recibir una consulta médica con trato amable y respuesta de envió inmediato a segundo nivel de atención.	La percepción de satisfacción de la consulta médica se ve influenciada por los tiempos de consulta pues genera intranquilidad de los pacientes en tener una respuesta rápida y oportuna a su malestar.

<p>He. Me mando directamente a especialidad, me fui a hacer unos exámenes que no me habían solicitado, pero yo sabía que necesitaba y me mandaron a especialidad directamente” “Am. La necesidad del, de ir a un especialista. Hem. Se me brindo el servicio a fin de cuentas a pesar de la demora”.</p>		
--	--	--

<p style="text-align: center;">ATENCION MEDICA</p>		
<p>Unidad Temática</p>	<p>Tema central Satisfacción en los tiempos de consulta.</p>	<p>Expresión en lenguaje científico</p>
<p>SN10 “Si, este. Pues la experiencia si es buena, aquí el único detalle es del tiempo de espera cuando te toca para pasar a tu consultorio que si es muy tardado” “Si, por la alta demanda de pacientes no puedes agendar cita cuando lo requieres si no que hasta allá espacio”</p>	<p>El paciente refiere conformismo en el dar prontitud a su atención médica pues a pesar de la necesidad de consulta médica no hay un control en el tiempo de espera.</p>	<p>Los tiempos de espera afectan negativamente en el estado de salud de los pacientes pues se demora la atención médica oportuna.</p>

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en el seguimiento de la enfermedad.	Expresión en lenguaje científico
SN2 “Pues que me cheque a fondo mi problema que traigo porque si ya es de varios días” “Pues no me mandaron a pedir ningún estudio pues solamente me dieron tratamiento” “Más a fondo que le diera todo el seguimiento”	El paciente tiene una primera percepción de confianza en el servicio para resolver su problema de salud posteriormente al ser ignorado por su médico se siente insatisfecho con su atención a pesar de haber recibido tratamiento.	El profesionalismo medico es evaluada por una buena comunicación del médico pues al no tener una explicación detallada de su enfermedad se pierde la seguridad de resolución con el tratamiento indicado.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en el seguimiento de la enfermedad.	Expresión en lenguaje científico
SN3 “Es el tercer día que vengo a un solo problema de salud y todavía no me resuelven bien mi situación” ” Hoy tuve suerte de que me atendieran, que fuera, de que alcanzara lugar con mi médico general que me corresponde... Si está un poco mal porque no se lleva una secuencia o pues realmente la que llega ahí pues tiene que empezar desde cero”	La paciente refiere una falta de resolución de su padecimiento por una mala información del médico que además no es el designado a su consultorio esto le genera angustia y desesperación.	Un seguimiento con el mismo medico con buena información evita la angustia de los pacientes y la saturación de los servicios de atención por acudir repetidas ocasiones.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en el seguimiento de la enfermedad.	Expresión en lenguaje científico
SN5 “Para que le toque su de este, su consultorio, porque luego los mandan a otros consultorios entonces no sé si el seguimiento sea el mismo. Eso es lo que yo temo que se le dé seguimiento que todos estén en la misma jugada, no sé qué todos estén así”	La paciente refiere un adecuado seguimiento y por lo tanto satisfacción al acudir a consulta con el mismo médico pues observa que el personal reconoce a su paciente y lleva una secuencia con sus pacientes.	El que el medico atiende a su mismo grupo poblacional genera confianza, reconocimiento, validación y satisfacción del paciente.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en el seguimiento de la enfermedad.	Expresión en lenguaje científico
SN8 “Ahmm. Bien. Llegue con la expectativa de que me atendiera mi médico familiar. Pero ya no alcance con el médico familiar y me mandaron a unifila, lo que significa que pues esperar más. Espere y ya me pasaron a un consultorio que no era el mío. Me fui a hacer unos exámenes que no me habían solicitado, pero yo sabía que necesitaba y me mandaron a especialidad”	El poder enviar a la paciente a otras especialidades, realizar estudios de pruebas de laboratorio o recomendaciones le permitió por un lado acercarse a una posible solución del problema de salud y por otro sentido muestra una reacción positiva de aprobación de la atención recibida.	Cuando el paciente se le da lo que está pidiendo se modifica su satisfacción a una buena experiencia de atención médica.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central satisfacción en el seguimiento de la enfermedad.	Expresión en lenguaje científico
<p>“Pero nunca me trataron como debe de ser y ahorita me resulto otra vez. Ayer vine a urgencias. Y lo único que me hicieron fue vendarme y mandarme hoy con mi médico familiar. Pero de hecho me pienso tratar por fuera”</p> <p>Posterior a la consulta: “He pues de que ahora si me están atendiendo como se debe. Ahorita ya me mandaron a pedir estudios que antes nada más me revisaban y tómese sus pastillitas y reposo. Y no ahorita ya van a ver bien que es lo que sucede”</p>	<p>El entrevistado refiere mala atención a la falta de un seguimiento en urgencias por lo que busca otra alternativa de atención médica. Posteriormente de su consulta refiere satisfacción al llevar un seguimiento completo con revisión, solicitud de paraclínicos y tratamiento.</p>	<p>Cuando los tiempos son acortados se percibe la idea de mala atención pues es apresurada como lo es en el servicio de urgencias.</p>

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción con información del tratamiento	Expresión en lenguaje científico
SN2“Mala en cuanto a saber de mi enfermedad y tratamiento” “Pues no me mandaron a pedir ningún estudio pues solamente me dieron tratamiento. Pues lo que no me gusto es que con esta enfermedad que es una infección pues voy a checar otros medios para checar sí es lo que me están diciendo”	Al tener una poca interacción e información de su médico familiar el entrevistado 2 duda de su tratamiento y seguimiento.	La mala interacción medico paciente influye en el apego terapéutico pues muestra inseguridad por el conocimiento y habilidad de su médico.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción con información del tratamiento.	Expresión en lenguaje científico
SN3 “Pues que me dé una solución. De que me diga más de mi enfermedad. Y a veces cuando he venido se dedican a escribir y escribir y tómese esto y ya” “Porque esta enfermedad que usted tiene requiere de que usted coma esto, más de lo que está comiendo normalmente, un decir. Y a veces eso ni importancia le dan. Para mi es importante”	La paciente refiere que al tener una información más amplia de su enfermedad como de la modificación de hábitos saludables con una buena comunicación con su médico abría una comprensión y entendería mejor la elección de su tratamiento	Cuando los médicos son holísticos los pacientes sienten confianza y seguridad en el tratamiento.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción con información del tratamiento.	Expresión en lenguaje científico
SN6 “Que me ponga atención a lo que le planteo a mi necesidad de salud que estoy planteando y que derivado de esa atención que él tenga para conmigo me indique el proceso a seguir”	La paciente muestra ilusión al pensar que la atención será centrada en sus necesidades de salud para así estar convencida del proceso a seguir en su tratamiento	El medico no aborda un manejo holístico y por lo tanto no hay confianza y seguridad en cuanto a su tratamiento.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción con la comunicación médico-paciente.	Expresión en lenguaje científico
SN3 “Que me dé una solución. De que me diga más de mi enfermedad. Y a veces cuando he venido se dedican a escribir y escribir y tómesese esto y ya”	La paciente siente ser ignorada por no existir una interacción visual con su médico puesto que interpreta no estar siendo escuchada sobre lo que ella percibe de su enfermedad.	Los médicos atentos tienen buena percepción y relación con sus pacientes pues estos se sienten seguros de ser escuchados y comprendidos

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción con la comunicación médico-paciente.	Expresión en lenguaje científico
SN6 “Que me ponga atención a lo que le planteo a mi necesidad de salud que estoy planteando y que derivado de esa atención que él tenga para conmigo me indique el proceso a seguir.”	La paciente tiene la expectativa y desea tener una adecuada comunicación con su médico que incluya su atención para seguir las recomendaciones que le dé sobre su tratamiento	La atención que el médico de a sus pacientes modifica que estos den seguimiento y sigan las recomendaciones de su médico.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción con la comunicación médico-paciente.	Expresión en lenguaje científico
SN7 “La consulta está mal iré la doctora cada que vengo nunca me a revisado ni siquiera mis. Me hago un examen, ahí está. Ni siquiera te dice, oyes, este, tienes esto, te falta esto. Nada”	El paciente refiere tener una percepción mala del servicio por una inexistente comunicación con su médico y una falta de revisión médica incluyendo exámenes de laboratorio que por iniciativa solicito	La comunicación medico paciente se modifica cuando el médico no es holístico.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en el pronóstico de la enfermedad	Expresión en lenguaje científico
SN2“Si darle qué sabes que esto esta grave o es un simple o una simple enfermedad, para que uno se vaya contento”	El entrevistado 2 evidencia satisfacción de que el médico tenga actitud más positiva con la enfermedad y no de pronósticos negativos.	Cuando el medico es resolutivo es mejor la perspectiva del paciente de la calidad de la atención.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en las instalaciones y el mobiliario.	Expresión en lenguaje científico
SN1“Yo creo que aquí lo que hacía falta es que pusieran otros baños. Las sillas ya están en muy mal estado se sienta y siente que se va hacia abajo”	La paciente describe por prioridad el lugar de sanitario como de mayor satisfacción.	Los sanitarios son áreas de principal satisfacción con el mobiliario de la unidad pues son los lugares más frecuentados.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en las instalaciones y el mobiliario.	Expresión en lenguaje científico
SN2 “Está muy bien porque hay mucho espacio para atender a la gente”	Los entrevistados refieren satisfacción al observar lugares de confort suficientes mientras espera la consulta médica.	La actitud inicial de los pacientes se modifica según la infraestructura de la unidad visualmente más agradable de mayor espacio.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en las instalaciones y el mobiliario.	Expresión en lenguaje científico
SN3 “Si hace falta más lugar. Pus regular porque también a veces no están tan bien que digamos. No está muy limpio. El mobiliario a veces ya se ve medio viejo” “Seria le digo que hubiera más consultorio porque ya son insuficientes porque somos demasiados es una zona muy grande”	La paciente percibe satisfacción de confianza en lugares visualmente agradables al ser limpios y suficientes.	Los lugares visualmente limpios y renovados generan satisfacción pues crean un ambiente de bienestar y comodidad.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en las instalaciones y el mobiliario.	Expresión en lenguaje científico
SN4 “Deteriorados, bastante mal porque tal vez aquí afuera tengamos bancas olvidadas y allá adentro no tienen el equipo suficiente para revisar o atender. Porque de nada nos sirve un médico sin equipamiento”	Le genera profundo interés al entrevistado la falta de equipo médico en el consultorio e identifica la necesidad durante su atención médica.	El equipamiento mejora las expectativas de la atención médica.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en las instalaciones y el mobiliario.	Expresión en lenguaje científico
SN5 “Desde aquí las instalaciones siempre son las mismas no he visto que haya un cambio, de mejora”	El paciente siente satisfacción cuando hay cambios y mejoras en las instalaciones.	El cambio y el mejoramiento del equipamiento generan mejor actitud al acudir a consulta.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en las instalaciones y el mobiliario.	Expresión en lenguaje científico
SN6 “No hay suficientes sillas para sala de espera”	La entrevistada refiere tensión al observar lugares de confort insuficientes mientras espera la consulta médica pues se percibe ignorada.	Las actitudes negativas inician al sentirse ignorados en lugares insuficientes en la sala de espera de la consulta médica.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en las instalaciones y el mobiliario.	Expresión en lenguaje científico
SN8 “Podría implementarse un poco más de lugares donde esperar. Pero me he encontrado con sillas, como.....que ya están deshilachadas, que se mueven, están a punto de caerse, pero al final que es funcional.”	La entrevistada muestra desinterés y apatía por la pregunta por lo que se conforma con la funcionalidad en el equipamiento del consultorio	El mobiliario en mal estado constante en el genera frustración, incomodidad, desinterés y finalmente obligación de ocupar las instalaciones perpetuando una insatisfacción constante.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Satisfacción en las instalaciones y el mobiliario.	Expresión en lenguaje científico
SN10 “Hace falta un poco de mantenimiento o ya sea aparatos más nuevos”	El paciente muestra satisfacción al observar novedad en el equipamiento médico.	El equipo novedoso mejora la actitud y satisfacción del paciente antes de entrar al consultorio.

Análisis general de la categoría atención médicas y subcategoría satisfacción de la atención médica.

La satisfacción de la atención medica se relaciona con aspectos como los tiempos de consulta; el profesionalismo, seguimiento, pronostico e información del médico; aspectos relacionados a la interacción medico paciente como la comunicación y las relaciones interpersonales y de las instalaciones y el mobiliario de las unidades. La primera satisfacción inicia en las salas de espera donde se genera una actitud más positiva si se percibe bienestar y un ambiente visualmente agradable de mayor espacio, confort y descanso. De lo contrario genera disgusto y rechazo. En el caso de los tiempos de consulta el estar distribuidos cada 15 minutos de modo adverso afecta el estado de salud de los pacientes pues generan frustración en obtener una consulta y así una resolución rápida y oportuna.

Existen factores como la poca interacción visual y el tener una comunicación arbitraria que generan una mala comunicación del médico con el paciente. La mala comunicación da origen a la desinformación, a confusión y a inseguridad y a la poca validez de las expectativas de los pacientes desencadenando en una percepción posterior a la consulta de poco profesionalismo lo cual influye en el apego terapéutico; sentido de pertenencia y seguimiento de los pacientes. Al existir bienestar, reconocimiento y validación de la población disminuirá la angustia y la saturación de los servicios de atención.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática Significado al acudir a atención.	Tema central Preocupación por contraer una enfermedad	Expresión en lenguaje científico
SN3 “Porque si uno viene es porque está enfermo, tienen que atender en el.....bueno, no así en el momento...pero que sea rápida...” “Pues que me dé una solución. De que me diga más de mi enfermedad”	Según la paciente la necesidad de atención a la salud es al tener una enfermedad y debe ser atendida con prioridad y rapidez para darle solución. Por lo que se infiere que acude a la consulta ya instalada la enfermedad.	Los pacientes buscan tratar enfermedades y no prevenirlas.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática Significado al acudir a atención.	Tema central Preocupación por contraer una enfermedad	Expresión en lenguaje científico
SN5“Tenemos que irnos a checar si padecemos alguna enfermedad a veces no nos damos cuenta si tenemos alguna enfermedad”	El paciente se da cuenta de la realidad actual de la salud poblacional donde no hay detecciones tempranas y tiene preocupación por estar en situación de enfermedad.	Los pacientes reconocen la responsabilidad de acudir oportunamente a atención médica.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática Significado al acudir a atención.	Tema central Preocupación por complicaciones de la enfermedad	Expresión en lenguaje científico
SN5 “Se nos complicaría después darnos cuenta tarde si estamos enfermos entonces hay que venirnos a checar de vez en cuando al seguro”	El entrevistado acude a consulta para evitar complicaciones futuras de su enfermedad.	Los pacientes validan tener una corresponsabilidad en evitar complicaciones.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática Significado al acudir a atención.	Tema central Bienestar físico	Expresión en lenguaje científico
SN4 “Entonces por la rapidez y el querer sentirse mejor lo más pronto posible pues si busco algún tipo de consulta médica aparte pues”	Según el paciente la necesidad de atención a la salud debe ser atendida con prioridad y rapidez por la poca tolerancia al malestar que le genera la enfermedad.	El alivio de la enfermedad está en relación con la sensación subjetiva de permiso de incomodidad que el cambio de salud les ocasiona.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática Significado al acudir a atención.	Tema central Preocupación por solución de enfermedad avanzada	Expresión en lenguaje científico
SN2 “Si tengo una enfermedad más avanzada pues empezarla a tratar” “Pues que me cheque a fondo mi problema que traigo porque si ya es de varios días”	El paciente relaciona el tiempo con la gravedad de la misma.	El paciente asume gravedad desde antes de acudir a consulta el estado de salud en el que se encuentra por la temporalidad de la enfermedad.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática Significado al acudir a atención.	Tema central Bienestar físico	Expresión en lenguaje científico
SN7 “Si, pues lo mejor para mí mismo para mi salud. Estar bien con mi salud”	El paciente refiere acudir a consulta media por un bienestar u homeostasis con su salud.	El paciente muestra satisfacción en mejorar su estado físico.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática Significado al acudir a atención.	Tema central Apto para realizar actividades	Expresión en lenguaje científico
SN7“Es una de las prioridades altas para estar en condiciones adecuadas y poder este (paua) pues realizar todas las demás actividades. si no tienes salud no puedes desarrollar ninguna otra actividad así de fácil”	La probabilidad de que los usuarios estén muy satisfechos se relaciona con que puedan realizar sus actividades.	El estado de salud es relacionado para el paciente para ser funcional y eficiente en sus actividades.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática Significado al acudir a atención.	Tema central Revisión Médica de Rutina	Expresión en lenguaje científico
SN1 "A pus, debe uno recurrir siempre y cuando pus pueda uno porque yo vengo cada mes porque ya soy (pausa) pues ya tengo muchas enfermedades entonces tengo que venir cada mes por medicamento y a que me chequen" "No pues yo nada más me enfoco a que me atiendan cuando tengo problemas me voy a urgencias"	La paciente conoce que su enfermedad no tiene solución solo control por lo que es poco significativa la consulta y encuentra satisfacción en la totalidad de sus medicamentos y si tiene algún malestar acude mejor a urgencias	Las expectativas son diferentes dependiendo de la resolución posible a la enfermedad.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática Significado al acudir a atención.	Tema central Conformismo de primera necesidad	Expresión en lenguaje científico
SN1 "Yo no tengo los medios necesarios como para buscar en otros lados atención" SN4 "Está muy feo que tengamos que necesitar de una consulta, tal vez no urgente, pero sí de medicamentos de manera rápida y no haya posibilidad"	Los entrevistados refieren que acude forzadamente y con actitud conformista a consulta por necesidad de atención y medicamentos que no tiene la posibilidad de obtener de manera externa.	Hay conformismo e insatisfacción ante la situación precaria económica que viven los pacientes

Análisis general de la categoría atención médicas y subcategorías significado y emociones de la atención médica.

El significado de acudir a atención medica tiene diferentes matices dependiendo de factores sociodemográficos, relacionado al desarrollo humano y la actividad laboral, a la tolerabilidad hacia los cambios en el estado de salud y las vivencias y experiencias de otros acerca de las enfermedades y el cómo lo viven. El significado generalizado hacia la unidad es hacia una emoción negativa de tristeza por las vivencias anteriores de su atención médica.

En los factores sociodemográficos predomina el hecho que el trabajador refiere angustia pues relaciona el estado de salud con la posibilidad de poder realizar sus actividades cotidianas y ser considerado así mismo funcional. En las vivencias y proyecciones de otros se experimenta el temor por contraer una enfermedad que pudiera estar avanzada y complicada con idea de estar relacionada al tiempo de evolución y con ello la preocupación de ser atendido rápida y oportunamente. Sin embargo, la situación precaria de recursos financieros hace disminuir las expectativas y genera conformismo en lo que pueda ofrecer la unidad.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática Instalaciones y comunicación medico paciente	Tema central Emociones: Disgusto	Expresión en lenguaje científico
<p>SN1 “Yo creo que aquí lo que hacía falta es que pusieran otros baños porque luego cuando los limpian no dejan entrar y a donde corre uno”</p> <p>SN2 “Pues.... Sí que se deberían meter más a fondo con la enfermedad de la persona. Un poco más de tiempo” “. Pero si darle qué sabes que esto esta grave o es un simple o una simple enfermedad, para que uno se vaya contento.</p> <p>SN3 “Pus regular porque también a veces no están tan bien que digamos. Algunas veces que he entrado a veces no está muy limpio. El mobiliario a veces ya se ve medio viejo”</p> <p>SN4 Pesadez tal vez. Un pensamiento o una emoción negativa. Si no anticipas una consulta no podrás tener servicio médico</p> <p>SN6 “Híjole yo creo que ahí si les falta porque yo digo noto que hay mucha gente parada no hay suficientes sillas para sala de espera” “Mala, no me atendió”</p>	<p>SN1 La paciente describe un gesto y tono de voz con disgusto sobre las instalaciones de la unidad.</p> <p>SN2 El paciente tiene disgusto por los tiempos prolongados de atención de la consulta.</p> <p>Disgusto sin una revisión médica y pronósticos negativos.</p> <p>SN3 La paciente tiene disgusto con falta de lugares de confort, limpios y renovados.</p> <p>SN4 El paciente se muestra con disgusto por la experiencia de no tener el acceso a la consulta y por consiguiente de obtención de medicamentos.</p> <p>SN6 En esta paciente la atención no se dio por lo que manifiesta desilusión y rechazo del servicio médico de la unidad.</p>	<p>SN1 Las instalaciones generan actitudes negativas en los pacientes.</p> <p>SN2 Hay una percepción negativa de la atención médica con deseo de que se atendieran más las expectativas de los pacientes</p> <p>SN3 Las instalaciones generan actitud de rechazo.</p> <p>SN4 La situación de necesidad y vulnerabilidad generan discomfort e inseguridad en los pacientes.</p> <p>SN6 La ineficiencia del sistema actual de atención genera que haya pacientes que pierdan la confianza en la atención de salud</p>

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Emociones: Enojo	Expresión en lenguaje científico
<p>SN1 “La paciente comenta que las asistentes atienden con mala actitud y no entienden cuando uno llega después”</p> <p>SN2 “Mala en cuanto a saber de mi enfermedad y tratamiento” “Pues. No me preguntó más cosas y este solamente me dijo que... que iba a recetar medicamento”</p> <p>SN3 “Pues complicado porque ya uno se tiene que hacer de la idea que es todo el día que a veces puede ser que no lo atiendan como debe de ser y va a volver a venir otra vez y va perder todo el día”.</p> <p>SN5 “Pues el pensamiento de que me tengo que levantar temprano para que me atiendan”</p> <p>SN6 “Cuando me asignaron un consultorio la señorita asistente me mando a preventiva y ahí me hicieron esperar más porque tenían junta y al final yo tuve que preguntar para que se me derivara a mastografía y</p>	<p>SN1 El hecho de explicar de manera suficiente la razón para no ser atendida da una mala percepción de trato y enojo.</p> <p>SN2 El paciente tiene una emoción negativa por no tener buena comunicación médico-paciente</p> <p>SN3 La paciente muestra enojo por la falta de atención y empatía con su médico lo cual es repetitivo porque sabe que es repetitivo dándole una perspectiva de perder el tiempo.</p> <p>SN5 El paciente por su experiencia y conocimiento en el acceso al servicio de salud se enfrenta a una situación de estrés al pensar en levantarse temprano para alcanzar consulta médica.</p> <p>SN6 La paciente muestra una decepción y emoción de enojo por la inatención que recibió del personal se siente olvidada</p> <p>SN7 El paciente manifiesta una repulsión hacia el servicio teniendo presente que no se tomara en cuenta sus preocupaciones y por lo tanto cataloga a su médico familiar como de inhumano e irresponsable evidenciando que hay una</p>	<p>SN1 El servicio se califica desde la atención de la asistente y genera una actitud negativa de los pacientes al entrar al consultorio.</p> <p>SN2 Una comunicación arbitraria y vertical donde existe autoridad por parte del médico genera emociones negativas de enojo.</p> <p>SN3 El trato personalizado con interacción y participación activa del médico alivia el sufrimiento y angustia de los pacientes.</p> <p>SN5 La idea de no obtener consulta causa desagrado y enojo.</p> <p>SN6 El trato impersonal y poca empatía causan desesperación y motivo de queja en la institución</p> <p>SN7 El no atender las preocupaciones de los pacientes es un obstáculo para lograr una buena comunicación y empatía con el médico familiar.</p> <p>SN9 Al no tenerse información completa de un padecimiento se pierde el autocontrol de la enfermedad y la seguridad de curación de los pacientes por lo que su perspectiva cambia la idea de una consulta médica a algo</p>

<p>Papanicolau” SN7 “Siempre ha sido una mediocridad esto, nunca ha estado bien el servicio. La consulta está mal. Ni siquiera te dice, oyes, este, tienes esto, te falta esto. Nada. Nomás medicina y ya vete.</p> <p>Eso es una consulta mediocre que no tiene nada de humanidad, criterio, responsabilidad” “Pues no venimos. Buscar un particular. No atienden” SN9 “La consulta debería ser que tomaran, realmente que tomaran el caso, como debe de ser, no. Ósea tratar realmente el problema que trae uno. Para uno. Para que se vean resultados. Porque al seguro venimos a lo que es la incapacidad. Porque pues a mí nunca me han curado por lo que he venido. De hecho, yo nada más vengo por mi problema de la rodilla y no pasa de una vendada, pastillitas y es todo”</p>	<p>inexistente comunicación por lo que prefiere acudir a medio particular.</p> <p>SN9 El paciente muestra insatisfacción por el servicio por que sus expectativas de curación siempre se ven menguadas, contemplando el servicio como administrativo en vez de una consulta médica.</p>	<p>puramente ficticio.</p>
--	---	-----------------------------------

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Emociones: Intranquilidad	Expresión en lenguaje científico
<p>SN1 “Nada más vengo aquí al imss”</p> <p>SN2 “Pues, para que si tengo una enfermedad más avanzada pues empezarla a tratar”</p> <p>“Pues que me cheque a fondo mi problema que traigo porque si ya es de varios días”</p> <p>SN9 “Porque no me curan” “No se deja que uno le haga preguntas. Porque le preguntaba algo y como que se molestaba”</p> <p>SN10 “Si me resuelven mis dudas, pero hay algunos doctores que si se molestan o están como enojadas no sé”</p> <p>“Como que si me enredaron un poco en la información que me dieron” “Es el tiempo que te llevas todo el día aquí”</p>	<p>SN1 La paciente tiene intranquilidad por no tener alternativas de atención a la salud más que la institución.</p> <p>SN2 El paciente muestra intranquilidad al idealizar una complicación de una enfermedad avanzada por eso espera optimista que lo revisen en esta consulta.</p> <p>SN9 El paciente muestra intranquilidad por tener desesperanza de una solución a su padecimiento. El paciente le intranquiliza la mala actitud de su médico al comunicarse.</p> <p>SN10 El paciente se muestra intranquilo al no ver resueltas sus dudas acerca de su enfermedad y al saber que el medico con su apatía o mala explicación no podrá resolverlas concluyendo que no hay comunicación ni toma de acuerdos compartidos entre médico y paciente.</p> <p>El paciente se desespera por tener que acortar su tiempo por el tiempo de espera a consulta médica.</p>	<p>SN1 La dependencia hacia una institución donde hay vivencias negativas genera intranquilidad.</p> <p>SN2 La tendencia es que los pacientes acuden antes de la consulta con pronósticos negativos de la enfermedad.</p> <p>SN9 La seguridad del paciente depende de la buena comunicación que tenga con el médico.</p> <p>SN10 La buena comunicación va de la mano con la confianza y la eficacia de la consulta médica. Los tiempos de espera generan intranquilidad en el paciente pues tienen la percepción de perder su tiempo.</p>

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Emociones Frustración	Expresión en lenguaje científico
<p>SN2 “Pues no me mandaron a pedir ningún estudio pues solamente me dieron tratamiento” “Pues.... Yo creo que le hace falta un poco más porque nada más lo que hace es solo preguntas y no te checa a fondo lo que te debe checar”</p> <p>SN3 “Si le toca suerte lo atienden y si no tiene que venir al otro día a perder el tiempo y su jefe del trabajo no le va a dar permiso”</p>	<p>SN2 El paciente manifiesta frustración al no haber recibido una consulta integral con revisión médica y solicitud de exámenes complementarios derivado de una falta de comunicación⁵⁶ con su médico.</p> <p>SN3 El poco espacio y tiempo para atención a los pacientes dentro de la institución genera incapacidad para acudir a la atención médica e intranquilidad al idealizar esta situación en los pacientes.</p>	<p>SN2 Una atención medica se percibe incompleta si no tiene una revisión médica completa.</p> <p>SN3 Existe una insuficiencia de atención médica para la población que atiende la unidad médica.</p>

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Emociones: Angustia	Expresión en lenguaje científico
<p>SN2 “Pues más que nada recuperarme para seguir mis labores diarias”</p> <p>SN3 “Pues que me dé una solución. De que me diga más de mi enfermedad. Si me gustaría que fuera más de atención, de decir tiene usted esto, este, lleve esto, al cabo no se lleve una dieta... Esa pequeña información que me diga. Esa no me la dice. Pero si quiera que me dijera cómprese este enjuague, no me lo dieron”</p>	<p>SN2 El paciente se muestra impaciente y emocionalmente angustiado por no gozar de un bienestar en su salud.</p> <p>SN3 La paciente manifiesta angustia con falta de comunicación con su médico porque no toma en cuenta lo que es importante para la paciente.</p>	<p>SN2 La pérdida de la salud en este paciente implica perdida de su actividad laboral.</p> <p>SN3 Los médicos desconocen las aspiraciones y necesidades individuales de cada paciente.</p>

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Emociones: Tristeza	Expresión en lenguaje científico
<p>SN3 “Pus, mal, muy mal. Porque realmente a veces los doctores no los revisan”</p> <p>SN5 “Ósea espero que el medico sea (pausa). Nos revise, que me de mi medicamento, o si aplica incapacidad. Ósea, esperemos lo mejor de ellos”</p> <p>SN7 “Porque no me mandan pedir estudios completos” “Si pues le digo que se enfocaran más al paciente. Mas. Haber tú que tienes, yo vengo por la azúcar, pero del azúcar cuantas partes del cuerpo se están dañando cada día más y más. Pero eso no lo ven ellos porque no se hacen un estudio a fondo”</p> <p>SN8 “Si lo note un poco disperso. Le pregunté si iba a necesitar cirugía a lo que me contesto que no sabía ya que solo lo iba a considerar el especialista. Entonces dentro de su quehacer, dentro de su capacidad pues considero que si fue eficiente”</p> <p>SN9 “Cómo que no es como debería de ser, no hacen su trabajo como médico, realmente no te curan”</p> <p>“Pues como que su forma de tratar a la</p>	<p>SN3 La paciente manifiesta tristeza a la falta de atención de su médico con una revisión médica.</p> <p>SN5 El paciente menciona con desesperanza una consulta con adecuada revisión, tratamiento e incapacidad.</p> <p>SN7 Al desconocer la historia natural de su enfermedad el paciente manifiesta desilusión por creer falta de exámenes complementarios que lo acerquen a la solución a su padecimiento.</p> <p>SN8 La paciente muestra desilusión cuando nota un comentario confuso de su médico concluyendo que no está capacitado para dar la consulta como un especialista.</p> <p>SN9 El no tener información ni solución a su padecimiento le hace perder la confianza a la consulta.</p> <p>SN10 El paciente tiene un desanimo por la mala relación con apatía y mala comunicación con su médico.</p>	<p>SN3 La falta de revisión médica genera emociones negativas como en esta paciente.</p> <p>SN5 Los pacientes muestran actitudes negativas desde antes de pasar a cualquier consultorio médico por las experiencias vividas.</p> <p>SN7 La comunicación es importante pues da información y esperanza de sanación en los pacientes.</p> <p>SN8 La comunicación modifica la perspectiva de capacitación y calidad den la atención generando tristeza.</p> <p>SN9 El médico debe guiar y dar recomendaciones acordes a las estrategias que se planteen en la consulta.</p> <p>SN10 El trato modifica la relación y comunicación medico paciente.</p>

<p>gente. Igual ósea no te explican bien las cosas” SN10 “Pues he bueno que sean las doctoras más amables más atentas y si sería eso” “En qué pues cuando les preguntas algo como que se molesta” “Pues, que te resuelva el problema. Que te de consejos de que es lo que debes hacer que no debes hacer y si eso nada más”</p>		
---	--	--

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Emociones: Alegría	Expresión en lenguaje científico
<p>SN3 “Hoy si fue muy amable, muy humana la doctora que me atendió”</p> <p>SN4 “no dure mucho tiempo haciendo fila. La doctora me atendió de manera muy oportuna. Se ve que está muy bien capacitada la doctora y sabe lo que hace, la atención en este caso, fue buena”</p> <p>“Simplemente no me mando simplemente a mi casa con medicamento y ya si no que me mando a más revisión para identificar si hay algo más grave tal vez” “Incluso se tomó su tiempo la doctora para hacerme revisión” “Muy propia me explico el tratamiento y me explico cuál era el problema de la enfermedad”</p> <p>SN5 “Da gusto porque si es muy amable. el trato que te dan está muy bien. Ósea son conscientes de los pacientes, te revisan como debe ser” “Me voy contento con mi medicamento que me dio las indicaciones y no al contrario agradezco al seguro que nos atiendan”</p> <p>SN8 “La consulta en</p>	<p>SN3 La paciente muestra una actitud positiva luego que su médico tuvo un trato amable durante la consulta.</p> <p>SN4 El paciente tiene una emoción de alegría al no tener tiempo de espera prolongado y al percibir buen trato (“tacto”), revisión, dominio y profesionalismo de su médico familiar.</p> <p>SN5 El paciente se alegra por la empatía y la atención que le da su médico familiar.</p> <p>SN8 La paciente muestra una emoción de alegría y satisfacción al percibir atención, amabilidad y buena comunicación con el médico familiar.</p>	<p>SN3 La actitud amable del médico lo hace ver humanista.</p> <p>SN4 La actitud optimista de su médico cambio la perspectiva con la que el paciente acudía a consulta con una idea de seguridad y alegría acerca del pronóstico de su padecimiento.</p> <p>SN5 La calidad de la atención tuvo una perspectiva de cambio y satisfacción en este paciente al tener una buena comunicación medico paciente iniciando con el buen trato y empatía de su médico.</p> <p>SN8 El buen trato genera confianza hacia el medico familiar.</p>

<p>general bien. La verdad es que es una persona muy humana, muy considerada y muy amable” “Escuchó atentamente lo que le había comentado, mis antecedentes, estudios previos y el motivo de la consulta. Entonces fué una buena experiencia”</p>		
---	--	--

<p style="text-align: center;">ATENCION MEDICA</p>		
<p>Unidad Temática</p>	<p>Tema central Cualidades del médico familiar Reduccionista</p>	<p>Expresión en lenguaje científico</p>
<p>SN1 “El nada más atiende lo más simple que tiene uno porque para eso hay que ir con especialistas para que lo atiendan a una mejor” “Nomás de atiende lo que es lo de la diabetes y la presión”</p>	<p>La entrevistada desprestigia la función del médico familiar porque no aporta nada nuevo sobre su conocimiento de la enfermedad que padece y con esto percibe saberlo todo sin necesitar de su atención.</p>	<p>La poca dinámica y participación poco activa del médico en el consultorio inválida el profesionalismo de su control médico.</p>

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Cualidades del médico familiar Reduccionista	Expresión en lenguaje científico
SN3 “Pues general sí. Pero ya una enfermedad más especializada pues no” ... “que sepan un poco de todo” “Sepa encauzar a la especialidad que es o que lo manden rápidamente a donde es”	La entrevistada refiere que el medico familiar no puede atender de una manera más especializada en una enfermedad pues no es un especialista sin embargo debe tener un conocimiento general y así tener un diagnóstico certero para su envió a segundo nivel.	Existe una idea generalizada que un médico familiar atiende los padecimientos más comunes de la población relacionado a la vivencia de la poca información que recibe de su médico.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Cualidades del médico familiar Reduccionista	Expresión en lenguaje científico
SN5 “Que sepan lo que es las enfermedades cuando ellos no saben, que nos manden con un especialista para que no se compliquen más las heridas o la enfermedad”	El paciente describe las funciones del médico familiar en diagnosticar, tratar y dar incapacidad. Además, evidencia que el medico familiar no es especialista siendo a veces factor de complicación de la enfermedad.	En la actualidad existe una confusión entre las funciones de un médico familiar y un médico de trabajo. La desinformación genera desconfianza acerca de la solución y continuidad que da el médico familiar

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Cualidades del médico familiar: Reduccionista	Expresión en lenguaje científico
<p>SN6 “El servicio que se ofrece es el de atender las primeras necesidades o no se alguna gripe, tos, no sé. Se le da mucha agilidad cuando necesitas de una especialidad porque te remiten de manera oportuna” “Mejor es pasar a alguna especialidad y no me pasan por atenderme rápido”</p> <p>SN8 “Am. La necesidad del, de ir a un especialista. Hem. Se me brindo el servicio a fin de cuentas a pesar de la demora”</p>	<p>Los pacientes refieren como necesidades primordiales las emergentes siendo estas las que el medico debería enfocarse más y derivar a un especialista. Se observa de esta manera la necesidad de la paciente de ser atendida por un especialista de segundo nivel.</p>	<p>Existe un desprestigio generalizado en la función de un médico familiar evidenciando la pérdida de valor de competitividad que tenía la especialidad.</p>

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Cualidades del médico familiar: Ética profesional	Expresión en lenguaje científico
SN4 “Debe estar capacitado no nada más recetar o diagnosticar” “No es oportuna hablando de medicina familiar. Que este bien capacitado y que sea he.... Sincero y oportuno en su diagnóstico” Posterior a la consulta: “Pues atendió no solo el problema que traigo. Me mando a más revisión para identificar si hay algo más grave tal vez”	El paciente refiere como cualidades básicas de un médico familiar los 4 principios de la ética profesional beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia	El medico debería ser holístico integral para dar confianza y seguridad a los pacientes en cuanto a su atención.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Cualidades del médico familiar: Ética profesional	Expresión en lenguaje científico
SN7 “Eso es una consulta mediocre que no tiene nada de humanidad, criterio, responsabilidad” “Una vez me enferme y requería rehabilitación y no me enviaron escondieron mi expediente. No, me han tratado bien”	La paciente ha perdido la confianza con su médico familiar inclusive a pensar en la maleficencia de su tratamiento.	Se ha perdido la responsabilidad y reconocimiento en los valores del médico familiar.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Cualidades del médico familiar: Ética profesional	Expresión en lenguaje científico
SN9 “Porque pues a mí nunca me han curado por lo que he venido. Ósea tratar realmente el problema que trae uno. Para uno. Para que se vean resultados” “Me revisaran a fondo para atacar el problema que tuviera. ”	El paciente al no tener una revisión médica completa y falta de resolución ve la consulta inservible.	La falta de resolución de los padecimientos pone en duda el profesionalismo del médico familiar.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Cualidades del médico familiar: Ética profesional	Expresión en lenguaje científico
SN10“Que te resuelva el problema. Que te de consejos de que es lo que debes hacer que no debes hacer y si eso nada más” “Unas doctoras me decían una cosa y otras me decían otra. Entonces como que si me enredaron un poco en la información”	El paciente le gustaría que su médico fuera un consejero en mejorar su salud y que la información fuera concisa y universal.	Los pacientes no manifiestan que el médico no tiene un lenguaje común teniendo así información confusa y desconfianza acerca de su tratamiento.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Cualidades del médico familiar Valores sociales	Expresión en lenguaje científico
SN1 “El doctor es amable nos atiende bien. Él está tranquilo, bien el doctor”	El paciente percibe la tranquilidad de su médico y aprecia su amabilidad.	Una actitud paciente y trato amable generan seguridad y confianza en el médico familiar

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Cualidades del médico familiar: Valores sociales	Expresión en lenguaje científico
SN2 “Bien el trato es bueno, muy atento. La consulta es la que es muy apresurada” “Querer atender a los pacientes muy rápido se debería meter más a fondo con el paciente” SN6 “Muchas veces como que trae mucha prisa de atenderte, de escucharte, ay si tal medicamento y la veo en uno o dos meses”	Los pacientes refieren percibir como lado negativo el tiempo de consulta pues perjudica en la imagen de atento y amable que tiene de su médico.	Los tiempos de consultas afectan en el profesionalismo y reconocimiento de la consulta de medicina familiar pues se apresura los procesos de comunicación medico paciente con poca atención a las necesidades completas de los pacientes considerando una falta de atención médica

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Cualidades del médico familiar: Valores sociales	Expresión en lenguaje científico
<p>SN3 "Hoy si fue muy amable, muy humana la doctora que me atendió. Hubo buen trato"</p> <p>SN4 "La doctora sabe lo que hace tiene tacto para hacer las cosas"</p> <p>SN5 "Te atienden bien los doctores, ósea la mera verdad son muy este, son muy amables"</p> <p>"Ósea se siente la confianza que hay entre uno"</p> <p>SN6 "Amable y atento con mis necesidades de salud"</p> <p>SN7 "Muy amable la doctora, muy amable"</p> <p>SN8 "Es una persona muy humana, muy considerada y muy amable"</p> <p>SN10 "Pues, que te atiendan con amabilidad" "No todas las doctoras con los que me ha tocado son malas. Son más atentas y amables, simpáticas"</p>	<p>Según los pacientes aprueban la consulta cuando hay interacción interpersonal empática y humanista.</p>	<p>Un trato amable genera un ambiente de cordialidad y apertura a los pacientes resultando en confianza en el médico familiar</p>

Análisis general de la categoría de Cualidades del médico familiar

Las cualidades más importantes por los pacientes fue la empatía con el trato amable del médico, el que tenga una actitud sosegada, positiva y más proactiva durante el proceso de comunicación con el paciente, un lenguaje claro y coloquial y el ser holístico e integral durante su atención.

La empatía del médico da pie a un ambiente de confianza y desenvolvimiento del paciente donde el paciente puede compartir sus sentimientos, sus necesidades, sus preocupaciones y su estado emocional que además, si el medico conserva una actitud sosegada, positiva y proactiva durante la consulta y un lenguaje claro y coloquial sin generar confusión y dudas conduce a una buena comunicación y reconocimiento del profesionalismo médico con una percepción de satisfacción y bienestar por parte de los pacientes. Todo esto no se daría así con tiempos de consulta acortados pues se apresuran estos procesos que son percibidos por los pacientes con emociones de rechazo y desesperación acerca de la solución a sus necesidades y dejando a la atención como algo administrativo.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Comunicación medico paciente	Expresión en lenguaje científico
SN2 “Este solamente me dijo que iba a recetar medicamento” SN3 “A veces no le dan explicación. Algunos no digo que todos. Pero la mayoría de médicos, no. No la arman” SN4 “ Muy propia me explico el tratamiento y me explico cuál era el problema de la enfermedad”.	Según los pacientes relacionan una buena atención medica con una buena comunicación medico paciente siendo que el medico debe tener una participación más activa.	Se agrega una nueva cualidad en tiempos actuales el emprendimiento y la proposición en el médico familiar.

ATENCION MEDICA		
Unidad Temática	Tema central Comunicación medico paciente	Expresión en lenguaje científico
“Si me dieron buena información” “Pues la duda esta, este, pues. Hora si depende lo que me digan en los resultados, hora que me los hagan”	La paciente se siente poco escuchada al inicio de la entrevista, pero al pasar a consulta tiene una reacción positiva de la comunicación con su médico al recibir una mejor información.	La comunicación mejora la información que recibe el paciente generando una reacción de satisfacción.

Análisis general de la categoría Comunicación médico-paciente.

La comunicación medico paciente requiere cambios acordes a las necesidades actuales de los pacientes pues mejora el proceso de atención medica donde haya seguridad y reconocimiento de la información que de ahí provenga sin afectar el estado anémico de los pacientes.

Hipótesis

Cuando los pacientes perciben al médico empático y con conducta amable se genera un ambiente de confianza donde existe una apertura ideal para una buena comunicación con el médico. Donde el paciente acepta el manejo médico y sigue las recomendaciones inconvenientemente si hubo dificultades relacionadas con el recibir la consulta; si no se le dio solución a su padecimiento o si no se realizaron acciones oportunas de seguimiento de la enfermedad.

X. Discusión

Existe un vacío de conocimiento en cuanto a la percepción y el cómo viven el acudir a consulta médica, los pacientes de la unidad de medicina familia numero 9.

Es conocido por datos históricos del estudio de Vázquez et al (2016) de las condiciones desfavorables de las instituciones públicas.

Menciona Vázquez que existen tiempos prolongados de espera lo cual concuerda con los resultados de este estudio donde al haber esta situación hubo frustración de los pacientes por obtener una consulta, así como angustia al idealizar no tener una resolución rápida y oportuna a su problema de salud.

En primera instancia al ingresar a una unidad describe Vázquez et al (2018), el 65% de los usuarios manifiestan satisfacción por elemento intangibles como las instalaciones, el orden y la limpieza de las instituciones, en este estudio se observó que al ingresar a la unidad se percibió bienestar y una satisfacción en los usuarios al visualizar áreas equipadas de mayor espacio, confort y descanso, sobre todo del área de espera. Pero cuando las instalaciones no fueron adecuadas generaron disgusto y rechazo hacia las instalaciones.

Crespillo-García et al (2013) describe que los pacientes tienen una actitud aceptante por primera necesidad con conformismo. En el presente trabajo se observó de igual manera que los pacientes están conscientes de su realidad precaria económica y ven en la institución una única solución a su situación de enfermedad y conformismo con emociones de intranquilidad y en ocasiones de angustia y frustración.

Padilla M et al (2013) describe que también hay conformismo porque se cumple el objetivo de proporcionar información y dar manejo a la condición de salud, en este estudio los pacientes lo percibieron de la misma manera. Lo que se desconoció es si esto tenía relación en evitar confrontación frente a la autoridad de los servicios sanitarios como describe el autor.

Existen aspectos sociodemográficos que influyen en el proceso de salud-enfermedad como menciona Sutton et al (2013) existen los factores biológicos (genéticos, fisiológicos, anatómicos, etc.), factores culturales, sociales, laborales y medioambientales que condicionan la forma distinta de percepción de la salud y los riesgos de la enfermedad. En este estudio se encontró con una variedad de factores culturales y laborales los cuales generaron diferentes significados acerca del estado de salud. En el empleador la angustia de tener salud se relacionó para poder realizar sus actividades cotidianas y así considerarse funcional.

Según Gerónimo et al (2017) los hombres a diferencia de las mujeres dan prioridad a otras cosas por lo que poco admiten estar enfermos y posponen su atención hasta percibir complicaciones. En este estudio no hubo distinción entre géneros pues ambos coincidieron en solicitar atención médica para una ya enfermedad avanzada.

Vázquez et al (2018) describe que solo el 65% de las pacientes mostraron satisfacción por la atención médica mientras el resto mostraba más satisfacción por otros servicios de salud en este estudio todos los pacientes mostraron actitud de rechazo por las vivencias y experiencias con una emoción negativa hacia la consulta médica. Sin embargo, al percibir en algunos casos empatía y trato amable por parte del médico su emoción cambio a estar alegre y agradecidos con el servicio.

Fernández et al (2021) describe el deseo de los pacientes de que los médicos los apoyen, los escuchen y les expliquen con claridad; lo cual en este estudio también fue descrito en las opiniones de los pacientes acerca de sus necesidades de salud.

Dambha-Miller et al (2019) en su estudio refiere aliviar el sufrimiento de los pacientes, el hecho de tener una toma compartida de decisiones respecto al tratamiento entre el paciente y el médico. Esto se observó en este estudio a través de la satisfacción descrita por los pacientes luego de una buena comunicación y el coincidir en las expectativas del paciente y el plan de seguimiento de su padecimiento.

Marcinomick y Gorski et al (2017) destaca en su estudio que los pacientes tienen interés en participar en estudios de satisfacción para el mejoramiento de la calidad de la atención siendo así que debería ser un derecho del paciente como contribuyente. Esto se demostró en el estudio pues ningún paciente se negó o abandono a realizar la entrevista.

X. Conclusión

La percepción de la consulta médica fue hacia una reacción negativa (desilusión, tristeza) en la mayoría de las entrevistas por las experiencias y eventos que han tenido los pacientes. Solo se generó satisfacción con una interacción, comunicación abierta y manejo integral del médico con el paciente. Todo lo cual hace percibir al médico como capacitado y humanitario.

Las emociones más predominantes fueron disgusto hacia la poca comunicación del médico; de enojo por la escasa interacción y empatía del médico; frustración por obtener una atención integral; angustia de no tener un bienestar físico y tristeza por una mala atención.

La atención médica de la unidad se refiere de bajo nivel de calidad, con personal cambiante, poco resolutivo y no competitivo. El médico familiar recibe poca validación describiéndolo inhumano e irresponsable.

La realidad es que la consulta médica ha dejado de ser un servicio de atención médica y se ha convertido en una instancia administrativa donde médico y pacientes hacen de la consulta un módulo de trámites de transcripción de medicamentos, envío a segundo nivel y llenado de formato de incapacidad por enfermedad perdiéndose la misión de la consulta de medicina familiar de incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir y limitar los daños en la población a través de actividades de prevención desarrollando una mejora continua y una satisfacción del usuario.

Se relaciona este hecho en particular en que los pacientes acuden de forma tardía con una enfermedad avanzada y complicada siendo inconscientes de la responsabilidad que tienen sobre su salud, pero sí deseando con exigencias el pronto alivio en un escenario conflictivo entre conformismo y en ocasiones de abandono del tratamiento.

Cuando el paciente llega al consultorio inicialmente tiene una actitud de desprecio hacia el servicio médico que se otorga. Pero durante la consulta con un buen trato y una buena comunicación por parte del médico, el paciente percibe cierto bienestar subjetivo de control y acercamiento a la solución de su enfermedad y por consiguiente tiene menor estrés sobre su problema de salud. Finalmente el significado de acudir a atención médica se relaciona al equilibrio de un estado de salud que posibilite las actividades cotidianas.

La unidad tiene una alta demanda de consulta médica por el número de derechohabientes afiliados a la unidad y ello representa tener escasez de recursos, tanto humanos como de infraestructura; menor espacio en las instalaciones y escaso equipamiento médico; tener tiempos de consulta acortados y con ello de valoración médica apresurada. Sin embargo, en este estudio se contempló que cuando el médico se vuelve empático, participativo, resolutivo y sustancial genera una buena comunicación y el paciente percibe bienestar, autocontrol y satisfacción por la calidad de la atención médica de la unidad sin llegar a buscar alternativas de atención médica particular.

XI. Propuestas

Se propone que especialistas en medicina familiar realicen otros estudios de percepciones y satisfacción con diferentes poblaciones de características sociodemográficas distintas para poder realizar estrategias para mejorar la calidad de la atención médica a partir de las necesidades de cada unidad de atención.

Se propone una capacitación continua del personal de salud sobre la empatía y el trato digno al paciente para mejorar la interacción personal y la comunicación médico-paciente. Con este fin también se propone una actualización del expediente clínico electrónico con formas predeterminadas de llenado para optimizar los tiempos de consulta y centrar la atención en el paciente.

Se propone la apertura de más consultorios médicos en la unidad para distribuir a la población y generar menor espera en los tiempos de consulta.

XII. Bibliografía

. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre-Garcia JC, Jaramillo-Echeverri LG. 2012. Aportes del Método Fenomenológico a la investigación educativa. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia). Volumen 8: 51-54.

Alvarez-Gayou JL, Jurgenson G. 2003. Título del capítulo. N. Apellido (Ed.), Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. (1era edición., pagina 25-26). Editorial Paidos Educador.

Alvarez-Gayou JL. 2003. Título del capítulo. N. Apellido (Ed.), Como hacer investigación cualitativa. (1era edición., pagina 85-88). Editorial Paidos Educador.

Campos A. 2019. El fin de la medicina. Parte 3. La perspectiva del paciente, la enfermedad inoportuna y la dualidad curar-sanar. Cir Gen. Volumen 41: 322-332.

Carrillo R, Guzmán L, Magaña L, Rendón R. 2016. Calidad de servicio en la consulta externa de un centro de salud urbano de Tabasco. REVISTA SALUD QUINTANA ROO. 2016; Volumen 9:11-15.

Crespillo-Garcia E, Rivas-Ruiz F, Contreras FE, Castellano MP. Suarez AG, Perez TE. 2013. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. Rev. Calidad Asistencial. Volumen 28: 56-62.

Dambha-Miller H, Fieldman AL, Griffin SJ. 2019. Association Between Primary Care Practitioner Empathy and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality Among Patients With Type 2 Diabetes: A Population-Based Prospective Cohort Study. ANNALS OF MEDICINE. Volumen 17: 311-318.

De Los Ríos Castillo JL, Ávila Rojas, TL. 2004. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. Investigación y Educación en Enfermería. Volumen XXII:128-137.

Fernández S. (2021, 06 de julio). La atención centrada en el paciente: una visión general sobre su enfoque en los servicios de salud. Boletín CONAMED. <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin23/B23-2.pdf>.

Fuentes J, Armijo-Olivo S, Funabashi M, Miciak M, et al. 2014. Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study. *Phys Ther*. Volumen 94:740.

Garza T, Ramírez J. 2004. Proceso para llegar a ser enfermo y paciente: una perspectiva desde la medicina familiar. *ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR*. Volumen 6: 57-60.

Geronimo CR, Guzman CL, Magaña OL, Ramos RKC. 2017. Calidad de servicio en la consulta externa de un centro de salud urbano de Tabasco. *Revista Salud Quintana Roo*. Volumen 9: 11-15.

Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. 2011. Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *ANNALS OF FAMILY MEDICINE*. Volumen 9: 155-164.

INEGI 2020. Censo de Población y Vivienda. Características educativas de la población. <https://www.inegi.org.mx/temas/educacion/>.

Marcinowicz L, Gugnowski Z, Strumiło J, Chlabicz S. Do patients want to evaluate the quality of health care? A short survey among patients. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2015;17(1):28-32.

Marcinowicz L, Górski S. 2016. Medical consultation and communication with a family doctor from the patients' perspective – a review of the literature. *Family Medicine & Primary Care Review*. Volumen 18 :387-390.

Padilla ME, Sarmiento-Medina P, Ramirez-Jaramillo A. 2014. Percepciones de pacientes y familiares sobre la comunicación con los profesionales de la salud. *Rev. Salud Publica*. Volumen 16: 586-596.

Ramiro HM, Cruz AJE. 2017. Empatía, relación médico paciente y medicina basada en evidencias. *Med Int Méx*. Volumen 33 :299-302.

Riveros J, Berne MC, 2010. Mugija GJ. Gestion y satisfacción en servicios de salud de Chile: contraste entre las percepciones de los funcionarios y usuarios. Rev. Medica de Chile. Volumen 138: 630-638.

Sutton L, Fuentes R, Aguirre R, Ramírez O. 2015. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica. Primera edición. México, Atención Familiar UNAM, Distrito Federal. Volumen 22.

Vargas M, LM. 1994. Sobre el concepto de percepción. Alteridades. Volumen 4 :47-53.

Varela RCE, Reyes MH, Albavera HC, Diaz LH, Gomez DH, Garcia PC. 2a medicina familiar en México: presente y futuro. Gac Med Mex. Volumen 152:135-40.

Vázquez E, Sotomayor J, González A, Álvaro J, Montiel J, Gutiérrez I, Figueroa M, Castellanos J, Campos L. 2018. Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. REV. SALUD PUBLICA. Volumen 20: 254-257.

XIII. ANEXOS

XIII.1 Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



FOLIO

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS/ PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

ENTREVISTA ABIERTA

Datos personales:

Nombre con apellidos paterno y materno:

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Religión:

Estado civil:

ANTES DE LA CONSULTA MEDICA

¿Qué importancia tiene para usted atender en tiempo y forma sus necesidades de salud por el personal medico de la institución?

¿Qué le parece el servicio de consulta médica que le ofrece la unidad de medicina familiar 9?

¿Cuál es su opinión acerca de las instalaciones y mobiliario de la UMF9 en el cual recibe su consulta médica?

¿Podría platicarnos su experiencia con la atención medica recibida desde que llego a la UMF9 hasta que se retira de la misma?

¿Usted como considera que debe ser su consulta para satisfacer sus necesidades que requiere para la atención de su salud?

¿Qué necesidades de atención a su salud, considera que fueron atendidas en su cita?

¿Qué problemas a presentado para solicitar una cita?

¿Qué espera de su médico cuando acude a consulta por algún padecimiento?

POSTERIOR A LA CONSULTA MEDICA

Podría platicarme su experiencia en cuanto al trato que recibió por parte de su médico familiar.

¿Cómo sintió la información otorgada por su médico acerca de su enfermedad y tratamiento?

¿Qué dudas le quedaron respecto a su tratamiento y enfermedad una vez que salió de su consulta?

¿Cuándo tiene algún problema de salud, que emociones y pensamientos experimenta al pensar acudir a consulta?

¿Cuál ha sido el motivo si en alguna ocasión a decidido acudir a una forma alternativa de atención de su problema de salud?

¿Considera que el medico está capacitado para otorgar la consulta?

¿Cuáles considera que debe ser las cualidades en el perfil de un medico de consulta familiar?

¿Cuál es su opinión acerca del trato personal que recibe de el medico?

¿Si usted pudiera cambiar algo de la atención recibida de la consulta médica que sería?

¿Tendría usted alguna sugerencia para atención medica?



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
14.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<u>“Percepciones de los pacientes que acuden a atención médica en la Unidad de Medicina Familiar número 9 IMSS Querétaro, Qro”</u>
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 9. Delegación Felipe Carrillo Puerto, Querétaro, a partir del enero 2022 a julio del 2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio se realizará para conocer las opiniones, las emociones, lo que le parece más importante o tiene significancia para los derechohabientes a partir de las experiencias personales acerca de su atención médica en la unidad de medicina familiar número 9. Esto permitirá describir, comprender y concluir el tipo de satisfacción de las personas y la manera en cómo viven el acudir a consulta médica a la UMF 9.
Procedimientos:	El investigador se acercará con usted y se le invitará a participar de forma libre a la investigación. Se le explicará de forma breve el motivo del porqué se realiza dicha investigación, contestando sus dudas y en caso de aceptar, usted procederá a firmar la carta de consentimiento informado institucional, la cual se encuentra leyendo en estos momentos; con el fin de proteger sus datos personales y ejerciendo sus derecho de privacidad. La entrevista es de forma individual o en caso de estar con otro adulto, podrá participar si así lo desea con previa autorización por medio de la carta de consentimiento informado. Para la entrevista se pretende realizar en un consultorio o aula destinada para la investigación y se procederá a realizar preguntas dirigidas, las cuales usted contestará de forma abierta, sin prejuicios y de forma honesta con un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos. Durante la entrevista será grabada la conversación por medio de una grabadora de audio que tendrá el investigador principal. Posteriormente se va a transcribir, analizar, eliminado posteriormente la información. Es importante que usted responda con toda sinceridad.
Posibles riesgos y molestias:	Durante el desarrollo de la entrevista usted puede presentar sensibilidad u ofensa por alguna de las preguntas a realizar, también es posible que genere algún tipo de ansiedad u estrés e inclusive volver a revivir recuerdos no gratos que usted recuerde. Si llegase a presentar ese tipo de emociones y ya no desea continuar con la entrevista está en completa libertad de hacerlo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá remuneración económica por ser parte del estudio. Pero en caso de encontrar alguna situación de maltrato en su atención médica se le orientara para acudir al módulo de orientación y quejas para dar a conocer alguna inconformidad. En caso de encontrar afectaciones en el estado afectivo y físico se derivará a consulta con su médico familiar.
Participación o retiro:	Usted como derechohabiente del IMSS tiene la completa libertad de retirarse en cualquier momento de la encuesta sin represalia, continuando con sus beneficios como derechohabiente del IMSS incluyendo la atención médica, las prestaciones sociales, con el trato del personal, medicamentos, laboratorios.
	<input type="checkbox"/> Si acepto participar en el estudio
	<input type="checkbox"/> No deseo participar en el estudio
Privacidad y confidencialidad:	Toda la información recabada será manejada con privacidad y manteniéndola resguardada en un archivo encriptado con el programa AES crypt el cual solo el investigador principal pueda acceder. Sus datos personales no serán divulgados y nadie podrá identificar a quien pertenecen. Al término del estudio toda información será destruida.
Beneficios al término del estudio:	Su ayuda será de utilidad para en un futuro presentar los resultados a las autoridades y fomentar la planeación de mejora en la atención medica de la umf 9.
En caso de dudas o aclaraciones:	En caso de dudas, dirigirse al Comité de ética en Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No.1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08 a 16 Hrs, al teléfono de 4422112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com
Investigador Responsable:	MDE Omar Rangel Villicaña. Mat. 99232145, UMF 09, e-mail: hobbit2000@gmail.com Ma. Del Rosario Villalon Ramírez, Mat. 98233803UMF 09, email: dravillalonram@gmail.com

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
---------------------------	---

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

