



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Maestría en Investigación Médica línea Terminal Educación

Cambio de actitud en la relación médico- paciente en el residente de medicina familiar. Posterior a una intervención educativa en bioética con enfoque participativo y reflexivo.

TESI S

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de maestría en Investigación médica línea terminal educación

Presenta:

Med. Esp. Lilia Susana Gallardo Vidal

Dirigido por:

Dr. César Gutiérrez Samperio

SINODALES

Dr. César Gutiérrez Samperio
Presidente

Dr. C. S. José Trinidad López Vázquez
Secretario

Dra. C.S. Ma. Guadalupe del Rocío Guerrero Lara
Vocal

Dr. C.S. Nicolás Camacho Calderón
Suplente

Dr. C.S. Miguel Lloret Rivas
Suplente

Med. Esp. Enrique López Arvizu
Director de la Facultad de Medicina

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Agosto del 2011
México

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el cambio de actitud en la relación médico-paciente en el residente de medicina familiar, mediante una intervención educativa en bioética con enfoque participativo y reflexivo. **Metodología:** Se realizó un estudio cuasi experimental de tipo antes y después en 18 residentes de Medicina Familiar, se excluyeron aquellos que tuvieron un curso previo en bioética, se eliminaron a residentes dados de baja o con permuta de sede. Se llevó a cabo una estrategia educativa en bioética teórico-práctica con 20 sesiones de 2 horas, se utilizaron diferentes técnicas: sociodramas, talleres de auto-imagen, discusión dirigida, debates, casos clínicos bioéticos problematizados, películas, y asesoría en consulta. Antes y después de la intervención educativa, se aplicaron las escalas de Jefferson para médicos, y para pacientes, así como una lista de cotejo, previamente validadas. Se determinó la actitud previa y posterior a las sesiones con el promedio de las dos escalas y de la lista de cotejo, se aplicó estadística inferencial por medio de la T pareada. **Resultados** La edad media fue de 31 ± 3 años, predominó el sexo femenino (55.6%), estado civil casado en el 50%, la institución educativa de procedencia más frecuente fue la Universidad del Valle de México (33%). Antes de la intervención educativa el promedio en las tres evaluaciones dio un puntaje de 4.02 ± 0.4 , posterior a la misma se incrementó el puntaje a 5.82 ± 1.8 con una diferencia de 1.8. ($p = .000$) **Conclusiones.** Es posible mejorar la relación médico paciente, la comunicación y la empatía de los residentes, mediante la intervención educativa en bioética participativa y reflexiva.

Palabras clave: (Actitud, empatía. comunicación, relación médico-paciente)

SUMMARY

Objective: To evaluate physician-patient change of attitude on familial resident through a participative and reflexive educational intervention in bioethics.

Methodology: A cuasi experimental study before and after type in 18 familial residents was done. Those that went on a previous bioethics course were excluded, those that turned out or changed adscription were eliminated. An educational theoretic-practical strategy in bioethics was carried out in 20 sessions of 2 hours each. . Different techniques were applied: social-drama, auto-image, workshop, leaded discussions, debates, problematic bioethics clinical cases, films and medical attention advices. Jefferson´s scales, for physicians and patients, were applied before and after the educational intervention, as well as a collation list previously validated. The previous and subsequent attitude to sessions was determinate with the two scales and collation list average. Inferential statistics through paired T test was applied. **Results** The average age was 31 ± 3 , female gender predominated (55.6%), single marital status (50%). The most alumni data base come from Universidad del Valle de México (33%) . Before the educational intervention the average in the three evaluations was 4.02 ± 0.4 , and after the intervention 5.82 ± 1.8 ($p = 0.000$). **Conclusions:** It is possible to improve the communication and empathy on physician-patient relationship through a participative and reflexive educational intervention in bioethics.

Key words. (Attitude, empathy, communication, physician-patient relationship)

DEDICATORIAS

Dedico esta Tesis a Dios que ha caminado a mi lado en cada paso que doy desde que estaba en el vientre de mi madre y me ha dado una misión en esta vida

A mi hija, esa personita que me inyecta fuerzas para seguir adelante en todas las cosas que hago, y que es mi mayor orgullo.

A mi esposo, aquel compañero de mi vida, mi complemento y mi gran apoyo.

A mis padrinos esos angeles que Dios me ha mandado y que siempre han creído en mí, y comparten mis alegrías, mis éxitos y siempre tiene una mano en mi hombro en mis fracasos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme las fuerzas necesarias para hacer las cosas con amor y pasión.

Al Dr. César Gutiérrez Samperio. Mi director de tesis, por el tiempo dedicado a la misma

Al Dr. Trinidad López, por su asesoría para la realización del proyecto y el apoyo con los instrumentos de evaluación y por la paciencia que me ha tenido gracias.

A la Dra. Lupita, por que a pesar de todos los problemas que se enfrentó durante estos dos años de mi maestría siempre tuvo un tiempo para mi.

Al Dr. Nicolás Camacho por su paciencia y su alegría en todo lugar.

Al Dr. Lloret por sus valiosos comentarios

Al Dr. Carlos Sosa por su apoyo en la revalidación del instrumento para mi tesis

A mis alumnos, por esfuerzo realizado en la consulta con el paciente.

A los Doctores Jorge Velázquez y Nithzahaya García por sus valiosos comentarios

INDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
Índice de figuras	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	3
III METODOLOGÍA	21
III.1. Diseño de la Investigación	21
III.2. Análisis estadístico	24
III.3. Aspectos éticos	24
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN	33
LITERATURA CITADA	43
APENDICE	49

INDICE DE CUADROS

4.1	Características Sociodemográficas de los residentes de Medicina familiar	27
4.2	Comparación de la actitud en los residentes de Medicina Familiar antes y después de la estrategia educativa por medio de la autoevaluación.	28
4.3	Comparación de la actitud en los residentes de Medicina Familiar antes y después de la estrategia educativa por medio de la entrevista al paciente	29
4.4	Comparación de la actitud en los residentes de Medicina Familiar antes y después de la estrategia educativa por medio de la lista de cotejo.	30
4.5	Comparación de la actitud de los residentes de Medicina familiar, antes y después de la estrategia, a través del promedio de la autoevaluación, la entrevista al paciente y la lista de cotejo	31

INDICE DE FIGURAS

4.1	Actitud en la relación médico-paciente de los residentes de medicina familiar antes y después de la estrategia educativa en relación a la empatía y la comunicación, a través de una auto-evaluación, una entrevista al paciente y una lista de cotejo	32
-----	--	----

I. INTRODUCCIÓN

El rápido progreso científico y tecnológico de la medicina así como la sobrecarga de trabajo, que no siempre es remunerado acorde con la responsabilidad y el saber del profesional médico, han conducido a la deshumanización de la profesión médica. En particular, el médico familiar por el hecho de ser el profesional que atiende al núcleo básico social, la familia. (Bascuñan, 2005). Estas condiciones han conducido a quejas por la falta de compromiso, responsabilidad profesional y social limitada, una inadecuada relación médico–paciente, problemas de actitud en sus actividades diagnósticas, terapéuticas y pronósticas, que no siempre están acordes con la ética (Girón et al, 2002; Guix et al.; Lavielle-Sotomayor et al., 2008).

Estas condiciones pueden explicarse en parte por una deficiente preparación en bioética durante el pregrado. Esta asignatura de ética o bioética está en el currículo en pocas escuelas y facultades de medicina (Gutiérrez-Samperio, 2009). El Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) propuesto por la UNAM fue adoptado por otras escuelas y universidades, donde la bioética es una asignatura formal. Su impartición es en forma tradicional, es decir con desvinculación de la teoría y la práctica, por lo que no se ha logrado un cambio de conducta evidente en los nuevos médicos ante una sociedad cambiante (Lifshitz y García, 2006).

La formación del médico en la técnica didáctica tradicional, memorística y pasiva, en la que no existe la discusión y la reflexión, impide tener una visión holística del individuo enfermo y del sano (Morín, 2006 y Viniegra 2008); por otra parte, la necesidad imperiosa de adquirir un bien monetario o profesional y el poco interés en las ciencias humanísticas, impide la adquisición de los valores morales de la profesión médica.

En el ámbito educativo se considera necesario conocer y valorar la relación médico-paciente en el residente de medicina familiar de reciente ingreso, por lo que se planeó éste estudio con el objetivo de evaluar el cambio de actitud en la relación médico-paciente en el residente de medicina familiar por medio de una estrategia educativa en bioética con enfoque participativo y reflexivo.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

II.1 Actitud

El concepto de actitud fue introducido por Thomas y Znaniecki en 1918 quienes realizaron un estudio para explicar las diferencias en los estilos de vida entre los campesinos que habían emigrado a EE.UU, a partir de la evaluación de las creencias y valores que tenían sobre distintos aspectos de la vida (política, economía, vida, pena de muerte, etc.). Ante la posibilidad de valorar las actitudes, cambiarlas y predecir la conducta, surge el interés en el estudio de éstas (Llorens et al., 2004).

Clay en 1995 refiere que la actitud es una tendencia o predisposición del individuo a evaluar en cierta forma un objeto o un símbolo del mismo y que tiene componentes afectivos, cognoscitivos y conductuales, propios de la conducta, que entrañan sentimientos, emociones, creencias y acciones. Es posible que en una actitud dada haya más de un componente que de otro, como es el caso de los afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos; y otras pueden estar sumamente intelectualizadas al grado de que no pueden emplearse para predecir el curso que el individuo seguirá en una situación social.

Morales et al., (2003), la entiende como un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinados estímulos.

Méndez et al., (2003) define a la actitud como “Un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Sin embargo, a pesar de que esta definición es bastante completa, otros autores integran el aspecto socio-psicológico; es

decir, su dependencia del grupo (o colectividad) y, en consecuencia, de las normas y valores, los cuales son expresión de la estructura socioeconómica del régimen social y expresados, así mismo, por el grupo; de esta manera, se puede asumir que la actitud constituye también una forma de orientación del proceder de las personas, dependiente de la norma grupal y tiene la propiedad de reflejarse en el comportamiento del individuo, orientarlo, regularlo y guiarlo en determinado sentido, pudiéndose distinguir en toda actitud su objeto, dirección e intensidad.

Otros autores plantean un concepto diferente, en donde las actitudes dirigen las conductas con poca intervención del pensamiento, en forma automática, de esto, se desprende la influencia clave del hábito en la relación entre actitud y conducta en los hábitos. Así, el hábito se define como aquellas conductas que se originan en situaciones particulares de forma tan automática, tan es así que las personas se encuentran en medio de la acción antes de darse cuenta de que han actuado. Son automáticas y no requieren esfuerzo consciente (Llorens et al., 2004).

Tomando el ámbito laboral relacionan a la actitud directamente con la organización de la institución, el estatus y el rol del profesional así como la relación entre los distintos profesionales, otros médicos, enfermeras y trabajadores sociales (Ramírez et al., 2008).

La actitud de los médicos familiares en relación a los integrantes del equipo de salud, al formar parte de los estímulos que éstos últimos reciben de su institución, tendrá un peso importante en su sensación de agrado o desagrado con ésta, lo que es así importante para la calidad del usuario interno. Si bien la actitud no determina la conducta, su estudio es importante ya que existe una estrecha relación entre ambas, al actuar sobre la primera es posible controlar o aun cambiar la conducta final (Ramírez et al., 2008).

Las actitudes pueden resultar positivas o negativas, según faciliten u obstruyan el desempeño laboral, una actitud positiva al enfrentar una nueva tarea en el trabajo es una oportunidad de desarrollo y crecimiento tanto personal como laboral, mientras que una actitud negativa es un obstáculo latente para quien la presenta y para quienes están alrededor de quien la presenta (Bellon, 2001).

De acuerdo a lo anteriormente dicho, el cambio de actitudes del personal es un elemento fundamental para lograr el éxito de cualquier tipo de organización. Los principios de la teoría moderna de administración recomiendan tomar en cuenta el comportamiento de los individuos para alcanzar los logros institucionales más importantes (Sogi et al,2006).

Pero, ¿cómo medirlas? ¿cómo observarlas? ¿cómo evaluarlas? Clay (1995) refiere que no es posible observar directamente las actitudes, si no que se deben inferir de la conducta, ya sea al observar las respuestas de un individuo a los objetos, personas y otros acontecimientos o por sus apreciaciones y otras expresiones verbales. Es más fácil y eficaz basar estos juicios en las declaraciones verbales, corporales o ideográficas (escritas u orales) del individuo, ya sea por medio de entrevistas, por escalas y cuestionarios escritos.

A partir de esto último es que los instrumentos surgen como alternativas para buscar objetivar en un mayor grado la evaluación que se hace de los valores y actitudes, teniendo en cuenta que esta valoración nunca será objetiva, pero que mediante procesos de triangulación que se pueden realizar a partir de estos instrumentos, con lo cual se puede establecer un juicio bastante más apegado a la realidad (Alcorta Garza, 2005; Mingote, 2008; Rojas-Serey, 2009).

Toda actitud posee tres dimensiones: cognitiva, afectiva y comportamental, y todas ellas deben estar representadas de manera equitativa en el instrumento que se elabora para su evaluación. Basándose en ello, la aplicación sistemática de estrategias motivacionales de todo tipo se convierte en un elemento crítico

para el éxito lo que debiera convertirse en una política imprescindible en toda organización moderna (Gobbo, 2009; Abardoneo y Cuberli, 2009).

El estudio sobre el comportamiento humano ha sido y es el interés de diferentes ciencias que comparten un objetivo común, el de comprender e interpretar los porqués de las actuaciones de los seres humanos, para orientar su comportamiento dentro de los requerimientos que impone la sociedad, de ahí que, en el centro de sus análisis se hallen los conflictos y las soluciones entre el ser y el deber ser, y derivado de ello, entre el saber hacer y el saber ser y el valer (Ramos-Rodríguez, 2008; Girón et al., 2002).

En relación a la premisa de que las actitudes juegan un papel importante en la conducta de un individuo ante una determinada situación, objeto o persona, este actuar diario del médico ante el humanismo, se deteriora cada vez más, ya que los avances científicos y tecnológicos aplicados a la medicina han colocado al médico ante situaciones, que hacía poco tiempo se consideraban terreno de la ciencia ficción, lo que a su vez lo ha enfrentado a responsabilidades que no tenían contempladas, ya que en la actualidad, surgen cuestiones muy diferentes a las que se existían en los tiempos de Hipócrates, que van desde la concepción hasta la muerte, apoyados por argumentos de la eugenesia, eutanasia y la importante relación médico-paciente, pero con una carga afectiva humana social, política y ética como en la investigación en seres humanos, o dilemas éticos como es la detección sin consentimiento de VIH (Genina, 1996).

En el caso del médico de primer nivel de atención surgen dilemas tales como el de informar o no a la pareja de un paciente seropositivo para el VIH, cuando éste no desea que sea revelado el secreto o como extender recetas particulares en una consulta de seguridad social (Oseguera Rodríguez et al., 2006).

Esto ha ocasionado que las conductas del médico con el paso del tiempo se encuentren en constante cambio, ya que ciertas reglas morales se han modificado de un país a otro; como el caso de la aprobación de la eutanasia en algunos países, los trasplantes de órganos, la reproducción asistida, el daño yatrogénico, la investigación en seres humanos y distribución de recursos económicos para la salud, la ingeniería genética y más actualmente el genoma humano, así como la tecnología que está por venir, ciertamente en muchos aspectos son avances científicos y tecnológicos favorables para la humanidad, pero por otra parte también pueden ser causa de la aparición de dilemas bioéticos (Kuthy-Porter, 2003).

Además de esto, la medicina es cada vez, mas especializada, y aunque en muchos de los casos, esto permite la resolución de problemas específicos de salud, así mismo puede crear un problema al dejar de ver al enfermo como un todo, como ser bio-psico-social, sin embargo, se pone mas atención a la enfermedad, en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y se olvida la visión del enfermo como ser humano, como un ser único e irrepetible, que interactúa continuamente con otros seres humanos, el ambiente y la sociedad, de la cual forma parte (Gutiérrez-Samperio et al., 2003).

Por otra parte la profesión médica puede tener diferentes fines, puede ser el resultado de una genuina vocación médica cuya base es la filantropía, o bien resolver un problema técnico o científico, lo cual tiene mérito, pero es altamente criticable, si es el único motivo; también puede ser por el afán del médico de ganar prestigio o dinero, lo que lo convierte en un negociante de la medicina (Altamirano et al., 2006).

Si a esto le aunamos un sistema de salud de primer nivel de atención burocrático, muchas veces frío, de consulta rápida, por el gran número de pacientes por atender, con mucha frecuencia no hay insumos necesarios; o los enfermos tienen que acudir a otras unidades por sus medicamentos, trámites en

muchos sitios con una tardanza extrema, ya que lo citan a determinada hora, y lo atienden muchas horas después, podemos entender por qué se genera una relación médico-paciente inadecuada (Altamirano et al., 2006; Bascuñán, 2005).

II.2 La comunicación y empatía en la relación médico - paciente.

Pereyra (2009) refiere que en la actualidad estamos viviendo una crisis en la relación médico-paciente, y es necesaria una reflexión profunda de modo que entendamos las causas originales de esta crisis.

En primer término se requiere definir la relación médico-paciente, Alcorta-Garza et al., (2005) la definen como el intercambio de información entre ambos, respecto al proceso salud-enfermedad, y toman como la piedra angular de la práctica médica, la confianza, la empatía, el compromiso, así como una comunicación eficiente (González y León, 2009; Hernández Torres et al., 2006).

Dentro de esta relación la empatía, y la buena comunicación, permiten que el médico obtenga una impresión diagnóstica más correcta, una mejor alianza terapéutica una mejor satisfacción, confianza y aceptación del paciente hacia su médico (Alcorta-Garza et al., 2005; Bascuñán, 2005; Carvajal et al., 2004; Kane et al., 2007; Hojat et al., 2011).

El médico debe lograr el acercamiento afectivo con el enfermo de manera que el paciente perciba que éste lo trata como persona, que entiende sus sentimientos, y la situación por la que está pasando, que no lo ve como un portador de enfermedad, al que tiene la obligación de atender, y a esto se le conoce como empatía. Las organizaciones educativas y profesionales recomiendan reconocerla, no sólo en futuros médicos sino también en médicos ya dedicados a la práctica profesional como un aspecto esencial en la medicina (Alcorta-Garza, 2005; Kane, 2007; Rojas-Serey et al., 2009).

Rojas Serey et al., (2009) definen a la empatía como un atributo cognitivo que implica la capacidad de entender las perspectivas y experiencias del paciente, así como la habilidad de comunicar esta comprensión. García et al., (2007), además de tomar en cuenta los aspectos cognitivos alude los aspectos afectivos y conductuales como esenciales en el ámbito sanitario, que además de ofrecer al paciente una atención de calidad, es considerado un compromiso ético de la profesión (Pons, 2006).

Para que esto se lleve a cabo se requieren habilidades esenciales del médico, tales como realizar una adecuada entrevista con buena comunicación (Sogi et al., 2006), atributos cognitivos, habilidades de comunicación, capacidad para entender las perspectivas de los demás, así como la habilidad para interpretar la comunicación no verbal (Alonso et al., 2008; Ihler, 2003).

A pesar de que el acercamiento empático y las habilidades de comunicación tienen mucho de arte, no significa que durante el pregrado y postgrado se le dé la importancia que merecen dentro de su proceso formativo, por lo que varios autores proponen programas específicos para este fin (Biltrán, 2009).

En la Asociación Estadounidense de Escuelas de Medicina (Association of American Medical Colleges) se ha manifestado que las escuelas de medicina deben formar médicos altruistas, compasivos y empáticos con los pacientes. Asimismo, el Colegio Estadounidense de Medicina Interna (American Board of Internal Medicine) ha recomendado desde hace tiempo que los atributos humanísticos, incluida la empatía, se instalen y evalúen entre los residentes en entrenamiento clínico. Lo anterior no solamente con la finalidad de reforzar la relación médico-paciente, sino también para mejorar la calidad de la atención de los pacientes (Alcorta-Garza et al., 2005; Mingote et al., 2008; Alonso et al., 2008; Rojas-Serey et al., 2009).

Para poder mejorar esto, la relación médico paciente ideal requiere que el médico además de empático, tenga una buena habilidad de comunicación, ésta última además de ser un componente fundamental, favorece el apego terapéutico la precisión diagnóstica y evita problemas judiciales (González y León, 2009; Gutiérrez-Meléndez, 2007; Bellón, 2001).

La interacción entre el médico y el paciente se da a través del proceso de comunicación, y la conducta de uno (consciente o no) actúa (en forma intencionada o no) como estímulo para la conducta del otro, además, toda conducta lleva implícita una carga afectiva reconocida o no por médico y paciente (Mingote et al., 2008; Hernández Torres et al., 2006).

La aparición de reacciones emocionales "no reconocidas" en alumnos y médicos, ha sido objeto de investigaciones, aunque el contenido afectivo de la contratransferencia no es reconocido por el paciente, sí influye en la calidad de la atención médica (García et al., 2007; Mingote et al., 2008; Kane et al., 2007).

Por lo que es fundamental en la formación del médico llevar a cabo estrategias de comunicación médico-paciente, ya sea como entrenamiento de habilidades sociales, consejo asistido, asesoramiento, o talleres.

II.3 La Bioética

Para poder resolver los problemas relacionados con los valores los aspectos humanísticos y componentes actitudinales surge la Bioética, que es una disciplina filosófica encargada de regular los seres vivos, vegetales, animales, el hombre y el medio ambiente (Gutierrez-Samperio, 2002).

Determina la práctica adecuada de los actos relacionados con la vida orientados hacia su preservación a la luz de los principios morales (Altamirano, 2006); una presunta ciencia nueva, que yendo más allá del conocimiento

biológico, propone nuevos principios éticos capaces de asegurar la supervivencia del hombre sobre la tierra así como incrementar su calidad de vida. Se ha impuesto como una disciplina humanística destinada a establecer una racional y prudente participación de los hombres de ciencia modernos, en los procesos de evolución científica y social más fronterizos. Es una filosofía de la ciencia médica con una epistemología propia, la que pretende orientar éticamente la evolución de los conocimientos biológicos, y su aplicación en la vida humana: Sus bases doctrinarias, se encuentran en criterios jurídicos y deontológicos, con fundamentos en estudios antropológicos y religiosos (Código de deontología médica, 1985; Genina, 1996).

Propone un camino para llegar a la meta de ayudar a nuestros semejantes desde las ciencias de la salud para que puedan realizarse plenamente como personas. Desde luego tiene límites, pero no cambia el sentido o la trayectoria y sobre todo conoce la meta a la que conduce, es decir, la persona (Kuthy- Porter, 2003).

El código bioético del médico familiar asume que la dimensión moral de la medicina familiar exige del profesional de esta especialidad un conjunto de actitudes, principios y valores que emanan de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica, como integrantes de una familia y de la sociedad en su conjunto. La medicina familiar reclama así del profesional su disposición para desempeñar un servicio con calidad y eficiencia, al realizar tareas educativas y de investigación bajo la observancia de actitudes morales como son: el respeto, tolerancia, comprensión y responsabilidad moral (Código de bioética en Medicina Familiar, 2005).

El humanismo forma parte importante en la esencia del médico, se refiere a la actitud médica en la que una persona debe ser considerada en función no sólo de sus características biológicas, sino también de los aspectos psicológicos,

espirituales y sociales. Por lo que es importante retomar los aspectos que caracterizan a un ser humano e incorporarlos a la práctica de la medicina; lo que condiciona la relación entre el médico y el paciente (González, 2009).

A pesar de esto, todavía se ve dentro del área médica un declive en los aspectos humanísticos de la medicina, donde el profesional no sabe tomar decisiones adecuadas en relación a los dilemas éticos que se le presentan en su quehacer diario, y la relación médico paciente cada vez se deteriora más, el paciente se queja de no ser escuchado por su médico, de no recibir un trato digno por parte de éste, de no recibir información completa y clara sobre su padecimiento y el manejo del mismo, refiere que muchos de los médicos de la actualidad, no son empáticos, y no son respetuosos con ellos (Oseguera-Rodríguez, 2006).

En Chile realizaron un estudio cualitativo en pacientes hospitalizados en el piso de medicina interna para valorar su percepción sobre los problemas éticos que se presentan en la relación médico-paciente, y dentro de los problemas reportados con mas frecuencia fueron el consentimiento informado, entrega y nivel de información, recursos, tiempo de atención, autodeterminación del paciente, proporcionalidad del tratamiento, problemas con la intimidad en otros pacientes (León et al, 2009).

En la ciudad de México se realizó un estudio de investigación en residentes de diferentes especialidades médicas sobre el impacto de una intervención educativa en relación a la comunicación humana en la práctica médica, se encontró en un 80% deficiencias en el conocimiento y habilidades de pensamiento para la comunicación clínica, posterior a la intervención educativa el 70% alcanzaron aprendizaje significativo (Rivera Cisneros et al., 2003).

También existen investigaciones sobre la actitud del médico principalmente ante temas como: los medicamentos genéricos, donación y el trasplante de

órganos, la enfermedad terminal, la cefalea, la psiquiatría, el SIDA/VIH, la muerte infantil, el dolor ajeno, y el maltrato contra las mujeres (Ramírez de la Roche, 2008).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se realizó un estudio para valorar los factores de riesgo asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del IMSS donde la información deficiente por parte del médico presentó un OR de 2.64, alta voluntaria por mala relación médico paciente con un OR de 7.2, falta de vigilancia durante la hospitalización un OR de 19.12 (Peña-Viveros R, 2004).

Existen otros estudios donde comparan la satisfacción del paciente relacionado con la comunicación en México y en Estados Unidos. Se observó que en ambos países los problemas percibidos por los pacientes fueron los mismos. Aparentemente, el uso de términos médicos (y malentendidos), afecta mucho la percepción del paciente acerca del interés del médico en su atención. Así mismo las interrupciones durante la consulta tienen mucho que ver con la comunicación y la relación médico-paciente y por consecuencia con el éxito de la consulta según la opinión del paciente, a éstos no les gustan las interrupciones en absoluto (Hall, 2007).

En el IMSS delegación Querétaro, se llevó a cabo un estudio de investigación para valorar las características humanísticas del médico solicitadas por la sociedad en Querétaro. Los pacientes consideraron como características importantes que un médico debe tener, dentro de estas se encuentran el trato amable, el ser escuchados, la información clara y completa sobre su padecimiento, así como tomar en cuenta los puntos de vista del enfermo, así mismo que los revisen, que sean sensibles y cálidos, y de acuerdo a esto se debe considerar al humanismo como conductas en lugar de rasgos de personalidad o carácter (Oseguera-Rodríguez, 2006).

Otro estudio realizado en el estado de Morelos que evaluó la actitud en el personal médico del IMSS, y se observó que el área afectiva y cognoscitiva del médico que recibió capacitación sobre el tema fue más favorable hacia la tendencia de una identificación y atención adecuada de mujeres maltratadas al igual que en la consulta médica, en comparación con los que no la recibieron. Así mismo se observó que los médicos generales y familiares, demostraron estar más dispuestos a capacitarse, en comparación con los que tenían especialidades clínicas (Méndez-Hernández et al., 2003).

En la Universidad de Chile, se analizó en los alumnos de medicina el nivel de empatía a través de la escala de Jefferson en alumnos de medicina donde valoró la relación de la empatía de acuerdo al sexo y a la especialidad que deseaban realizar en posgrado, se observó que el puntaje de empatía promedio fue de 5.95 (rango de 1-7), no se encontró diferencia significativa entre sexos ($z=0.538$), en relación a la especialidad seleccionada encontraron un mayor puntaje en las áreas de Medicina Interna, Pediatría y Traumatología y las de menor puntaje fueron de Cirugía y Psiquiatría aunque no fue significativa la diferencia ($X^2 = 0.5304$) (Carvajal et al., 2004).

En Chile, también aplicaron esta escala pero en alumnos de kinesiología, en donde se observaron mayores puntuaciones en aquellos que cursaban el tercer y quinto año de la carrera (Rojas-Serey et al., 2009).

En éste mismo país se realizó un estudio cualitativo sobre el cambio en la relación médico-paciente y el nivel de satisfacción de los médicos de distintas edades y sectores, a los que se les aplicó una encuesta auto-administrada y se observó que la mayoría contestó que la tecnificación y especialización de la medicina han provocado gran parte de su deshumanización. La introducción de variables económicas en la profesión es asociada a la pérdida del arte de la medicina, la judicialización de la medicina conlleva a realizar una medicina defensiva. La sobreinformación por los medios de comunicación e internet hace a

los pacientes ser más exigentes y desacrediten con mas frecuencia al médico (Bascañán, 2005).

En México se realizó un proceso de validación de esta escala en alumnos de medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Alcota-Garza, 2005).

En Madrid realizaron una validación psicométrica del cuestionario de relación médico-paciente en 188 enfermos de 6 médicos internistas. Se encontró un instrumento fiable (alfa de Cronbach de 0.95), válido y de fácil llenado, aunque una de las limitaciones de éste instrumento es que para obtener como apropiada la calidad de relación médico-paciente, los pacientes deben tener mas de 5 años de tratamiento con el mismo médico (Mingote et al., 2008).

En relación a lo anteriormente mencionado, la relación de los médicos con sus enfermos es el primer y más importante tema que se les debe enseñar a los aspirantes médicos, el que tal vez sea el mas importante sin embargo, es un tópico sumamente descuidado y no se aborda en muchos de los planes de estudio de medicina (Altamirano et al., 2006).

En España, el currículo actual enfatiza las actitudes (valores y normas) como contenidos del currículo escolar, diferenciados de los contenidos de conocimientos y procedimiento, se sientan las bases para su educación y evaluación en la escuela. En la educación, muchas actitudes y valores tienen preferentemente un sentido moral y ético general (solidaridad, tolerancia, libertad, pacifismo, igualdad, etc.). Además, en las diferentes áreas de conocimiento también se definen contenidos actitudinales propios de cada área, aunque éstos son comúnmente percibidos por el profesorado más bien como instrumentos o causas que favorecen el aprendizaje (actitudes positivas) o que dificultan o impiden los aprendizajes (actitudes negativas) y, frecuentemente, se identifican con (des)motivación, (des)interés y esfuerzo en los estudiantes (Manassero y Vázquez, 2001).

II.4 La Bioética y la educación

La educación al igual que todas las instituciones educativas nacidas en la modernidad, enfrentan un reto muy importante que es ajustar las funciones y prácticas a las demandas sociales de nuestro tiempo. Desafortunadamente, muchos de los profesores y autoridades, pretenden de una manera por demás ingenua y ante un avasallante caudal de conocimientos biomédicos que la relación médico paciente y la ética se aprendan en los congresos, simposios, conferencias magistrales, que son ofrecidas por grandes maestros de la medicina, algunos de ellos enciclopédicos y arrogantes que pretenden que los jóvenes aprendan de ellos lo que nunca han ejercido (Altamirano et al., 2006).

Ahora, bien ¿qué deben saber los residentes de bioética? ¿quién debe enseñarla? ¿cuándo y en dónde enseñarla? ¿cómo se debe enseñar?. Es frecuente el debate acerca de si la bioética debe ser considerada como una nueva disciplina desde el punto de vista epistemológico, y si su éxito social no la está convirtiendo en una tecnología potencialmente peligrosa como la que contribuyó a darle origen. Por lo que, esta ciencia es importante que esta ciencia se enseñe como una materia integral en la carrera con contenidos que permitan inducir cambios profundos y duraderos (Kuthy- Porter, 2003).

Para poder conseguir estos cambios en el alumno, es importante que se pueda llegar a un punto de reflexión, donde el alumno lejos de una escuela tradicional totalmente pasiva y memorística (Medina-Rodríguez et al, 2009), pueda llegar a la reflexión por medio de la experiencia vital, la crítica, y la autocrítica.

Dentro de estos enfoques derivados de los principios epistemológicos surgen ideas pedagógicas propias de la educación participativa, opuestas a los presupuestos de la educación tradicional como crítica de la experiencia donde el auténtico aprendizaje es ser protagonista de su propio conocimiento. La

experiencia reflexiva es la vía de acceso a la elaboración del conocimiento. Se propone el concepto de experiencia vital para referirse al conjunto de vínculos con gran significado afectivo que caracterizan a cada persona en su relación con el mundo (Viniegra, 2008).

II.5 Aprendizaje significativo

El aprendizaje significativo es un proceso que permite al alumno enriquecer sus conocimientos por medio de los temas que le sirvan para la vida diaria, por medio de sus experiencias, necesidades, gracias a esto, encuentra en este conocimiento una explicación práctica y por lo que adquiere significado en su vida personal. Se apoya en técnicas vivenciales y motivadoras en las que se aprovechen las experiencias individuales y entren en interacción con las del resto del grupo (Díaz-Barriga y Hernández-Rojas, 1999). Consiste en incorporar y asimilar los conocimientos, respuestas, valores conductas y actitudes, para así enriquecerse de estos. Este tipo de aprendizaje requiere motivaciones, intereses y predisposiciones del educando; en esta premisa, el que aprende es crítico, y trabaja activamente para atribuir los significados (Rodríguez-Palmero, 2004).

Se hacen algunas consideraciones acerca de la percepción y sus componentes: afectivos, cognitivos y valorativos, así como sus implicaciones para el proceso de conocimiento. Se discute la idea de conocimiento como uso y consumo de la información, que prevalece en la escuela la cual corresponde con la perspectiva pasiva de la educación. Se contrastan las características de ambas perspectivas de la educación con respecto al papel de la teoría y la práctica, al papel del profesor y del alumno, a los propósitos prioritarios, según el tipo de sociedad a la que aspiran. De la perspectiva participativa de la educación se destacan los aspectos más relevantes: el ejercicio de la crítica y la autocrítica; el desarrollo de puntos de vista propios, sólidos sobre situaciones problema de la experiencia al igual que aptitudes metodológicas y prácticas, con énfasis en la educación médica (Viniegra, 2008).

II.6 Modalidades educativas de tipo participativo

Dentro de las modalidades educativas con las que se puede apoyar para que el alumno adquiera la capacidad de crítica de reflexión y propuestas se encuentran las siguientes:

Estudio de caso: Es una técnica didáctica que identifica y analiza la situación específica de una realidad concreta, planeando colectivamente soluciones, alternativas que promueven un cambio, se requiere conocer la situación a profundidad, narrar claramente la situación describiendo por escrito el contexto general y el problema particular. Introduce al tema mediante la lectura reflexiva, para introducir cambios, presentar informes, síntesis, conclusiones y aprendizaje (Torres et al., 2003).

Sociodrama: Esta estrategia permite al alumno ampliar la percepción de varios aspectos de la comunicación que inciden en las interacciones humanas, brinda una nueva perspectiva de lo que sería la realidad si se incluyeran otros cambios específicos en las interacciones personales (Torres et al., 2003).

Presentación interactiva: La interacción entre los alumnos sirve para compartir nuevos conocimientos teóricos y/o técnicos sobre algún tema en específico, por lo que se requiere dominar el tema, organizar los puntos, realizar un resumen y entregarlo, lo que le permita la reflexión por segmentos, así como identificar cambios para incorporarlos a la práctica cotidiana (Torres et al., 2003).

Demostración: Esta técnica ayuda al profesor demostrar las etapas o fases de un procedimiento técnico-médico, por lo que se requiere planear el procedimiento a realizar, dominar la teoría y la práctica del procedimiento, contar con el instrumental y recursos necesarios para hacer dicha demostración (Torres et al., 2003).

Trabajo en pequeños grupos: Una estrategia didáctica que permite el trabajo en equipo, la discusión y la interacción de los alumnos es esta , ya que permite desarrollar tareas específicas de carácter teórico o práctico, reflexionar sobre un tema determinado, por lo que se requiere de la elaboración de un material necesario para dar las instrucciones correspondientes a cada grupo (Torres et al., 2003).

La motivación es esencial para el éxito de la tarea educativa y puede ser suscitada y encausada desde el exterior. El interés por los contenidos de la educación, depende de su relación y relevancia con respecto a las experiencias vitales del alumno (sentido) los contenidos prioritarios son los que contienen mayor sentido potencial para las experiencias vitales del educando. El arte de la docencia radica en proveer de sentido a la materia o disciplina al lograr la sintonía con la experiencia vital cambiante de los educandos, suscitando la motivación, y para esto se requiere de características del profesor como:

- Fomentar un ambiente propicio para despertar el interés, estimular la reflexión sobre la experiencia y encauzar el cuestionamiento, la búsqueda y el debate.
- Encauzar en lo que él mismo ya ha recorrido.

El trabajo del profesor como guía en el proceso enseñanza-aprendizaje es fundamental, sobre todo en donde se puede fomentar al alumno la capacidad de crítica, de análisis, de reflexión y de propuestas y en el poder que éste tiene como influencia en el actuar del alumno, por lo que el profesor debe ser congruente con lo que dice y lo que hace (el poder del ejemplo).

El papel del alumno es protagonizar su propio conocimiento.

Reflexión sobre la experiencia

- Autocrítica, autoconocimiento

- Crítica, conocimiento del entorno.
- Desarrollo de puntos de vista propios y penetrantes (postura).
- Dominio de las aptitudes propias de la elaboración del conocimiento.

La crítica es una forma distintiva de la experiencia, donde interaccionan y se entrelazan la práctica y la teoría en una síntesis creativa y en una espiral ascendente del conocimiento (Viniengra, 2008).

Se trata de un proceso incesante de elaboración del conocimiento, sustentado en la reflexión sobre la experiencia, acerca del qué, cómo, por qué y para qué de ésta, que va desarrollando progresivamente un carácter cuestionador, inquisitivo, propositivo, persuasivo e influyente (Viniengra, 2008).

Lo primero que se debe tomar en cuenta al incursionar en la crítica es llevar al estado de consciencia, a nivel de lo reflexivo, tanto las propias ideas, creencias y convicciones sobre el asunto de nuestro interés o lo que estamos estudiando, con las creencias y convicciones de los demás. Al principio suele ocurrir que al estar reflexionando sobre las ideas propias y llevarlas a la realidad que muchas de éstas ideas, carecen de fundamento de aplicación práctica o significado (Viniengra, 2008).

Se hacen diversas consideraciones de lo que implica la perspectiva participativa en la educación médica de pregrado y posgrado y de su posible incorporación a los programas por lo que en las escuelas y facultades de medicina se han implementado técnicas didácticas basadas en el constructivismo, como el Aprendizaje Basado en Problemas y la Integración Basada en Problemas, en las que a través de la investigación, la reflexión, el análisis y la síntesis se construya el conocimiento (Gutiérrez Samperio, 2009). Así mismo ver al ser humano como un ser complejo y multi-dimensional dentro de la medicina en donde se toma en cuenta los aspectos físicos, biológicos, psíquicos, culturales, sociales, e históricos (Morín et al., 2006).

III. METODOLOGÍA

III.1 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio cuasi-experimental de tipo antes y después, en el cual se incluyeron a todos los residentes de medicina familiar de recién ingreso al curso de especialización en la Delegación Querétaro del IMSS en el periodo comprendido entre marzo 2010- febrero 2011.

En el estudio se excluyeron a alumnos que realizaron previamente un curso intensivo en bioética, se eliminaron a aquellos alumnos que fueron dados de baja de la especialidad o que hayan realizado permuta de adscripción durante el curso de especialización, que no hayan cumplido con el 80% de asistencias al curso.

Tres meses después del ingreso de los residentes de primer año de medicina familiar se aplicaron tres instrumentos de evaluación:

El primero fue de auto-evaluación por medio de la escala de Jefferson modificada (ver anexo 1) y validada para alumnos de medicina, en México en el año 2005, diseñada para medir las actitudes de estudiantes de medicina, cuenta con 20 reactivos tipo Likert que va desde totalmente de acuerdo a totalmente desacuerdo, tiene una consistencia interna de 0.74, y un alfa de Cronbach de 0.79. Tiene tres dimensiones: 1. “toma de perspectiva “ que corresponde a los ítems que van del 1 al 10, y está relacionada con: a) La comprensión de los sentimientos del paciente como medio terapéutico, b) comprensión de los sentimientos de los familiares del paciente como medio para establecer buenas relaciones c) atender al paciente desde su perspectiva, d) mantener un buen sentido del humor, d) valorar el lenguaje verbal y no verbal del paciente y e) considerar a la empatía como una habilidad médica y como una estrategia terapéutica en sí misma 2. “La atención por compasión” que corresponde a los ítems que va del 11 al 17 y esta relacionada con : a) poner atención a las

experiencias personales de los pacientes como elementos importantes en la efectividad del tratamiento b) conocer que es lo que pasa en la vida del paciente para conocer su relación con su dolencia física c) entender que su formación como profesional debe ser integral y d) poner atención a los sentimientos del paciente en la entrevista médica. Finalmente 3. “La habilidad para ponerse en los zapatos del paciente” que corresponde a los ítems 18, 19 y 20, que contempla: a) el comprender la importancia en la clínica en las interrelaciones sentimentales del paciente con sus familias son importantes en la clínica médica b) ver las cosas desde el contexto de paciente y c) debe ser comprensivo con su paciente a pesar de ser distinto al él (Sánchez, 2009).

El segundo instrumento aplicado fue la escala de Jefferson para pacientes (ver anexo 2), esta fue modificada aumentando de 9 a 14 ítems, además la escala inicial de 5 se aumentó a 7 que va de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo (1-7) fue valorada por tres expertos. Las tres dimensiones fueron 1. “toma de perspectiva” correspondió a los ítems 1, 2, 6, 7, 8, y 9, mientras que 2. “atención por compasión” correspondió a los ítems 3, 4, 5, 10 y 11, y las preguntas relacionadas con “la habilidad para ponerse en los zapatos del paciente” fueron la 13, 14 .

Se realizó una prueba piloto y se obtuvo una confiabilidad de 0.8 de alfa de Cronbach, diferente a la versión inicial que es de 0.58, mide la percepción que tiene el paciente sobre la empatía y comunicación con el médico que la atendió. Se aplicó a los pacientes atendidos por los médicos residentes, durante la consulta, tomando en cuenta una población de 24 pacientes por jornada, se sacó un tamaño de la muestra para población finita con la siguiente fórmula:

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

n=tamaño de la muestra que se requiere

p=proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio (60%)

q=Proporción de sujetos que no tienen la variable de estudio (40%)

d= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar

Z²= Distancia de la media de significación propuesta (1.96)

N= Número de población total

Lo que dio un total de 3.5, para fines operativos se redondeó a 4 pacientes por residente y se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple.

El tercer instrumento para medir actitudes (ver anexo 3) fue aplicado por el tutor cuando el médico residente daba consulta por medio de una lista de cotejo validada en la escuela de medicina del Instituto Tecnológico de Monterrey que provee una confiabilidad de 0.70 a 0.80. También tiene tres dimensiones y fueron: los items 1,3,4,5,12,14,15,16 y 17 corresponden a la “toma de perspectiva “ el número 2 y 11 a “La atención por compasión” y los items 6, 7, 8, 9 y 13 a la “habilidad para ponerse en los zapatos del paciente”

Un mes posterior a la aplicación de los instrumentos se llevó a cabo una estrategia educativa ya establecida en el curso de especialización en medicina familiar, la que tiene un enfoque de tipo participativo y reflexivo, la participación educativa constó de 16 sesiones, con una duración de 2 horas por sesión lo que dio un total de 32 horas.

Dentro de la metodología didáctica se realizaron técnicas con enfoque participativo y reflexivo basado en la crítica de la experiencia. Al inicio del curso se le entregó al alumno al inicio del curso se le entregó el material bibliográfico junto con las guías de estudio. Éstas últimas fueron construidas con preguntas que permitieran la capacidad de crítica la reflexión sobre la práctica actual de la medicina y la actitud deshumanizada del médico, así como la proposición de alternativas ante determinada situación, dentro de las sesiones se utilizaron

técnicas diferentes tales como foros de discusión del documento previamente leído, con guía de lectura contestada, sociodramas, taller de autoimagen, películas con temas bioéticos con discusión dirigida, debates, casos clínicos bioéticos problematizados y su discusión, talleres con realización de un video final relacionado con una consulta que favorezca la relación médico paciente.

Los residentes fueron asesorados también en consulta, en donde se le invitaba a la reflexión sobre la forma de dar su consulta en relación a la empatía con el paciente, el lenguaje utilizado tanto verbal como no verbal, el pudor del enfermo, la utilización del lenguaje técnico-médico y la repercusión en la relación médico-paciente, el tiempo utilizado para la tribuna libre, la explicaciones al paciente sobre la enfermedad y la toma de sus medicamentos tomando en cuenta el contexto del paciente, la privacidad de la consulta. Un mes posterior a la finalización del curso se aplicaron nuevamente los instrumentos antes mencionados y se promediaron los resultados obtenidos para poder determinar la actitud y compararlos con los obtenidos antes de la intervención educativa.

III.2 Análisis estadístico

Se realizó el análisis estadístico univariado, el que incluyó medias y desviaciones estándar, el análisis bivariado, por medio de la t pareada con una significancia < 0.05 para la comparación de antes y después.

III.3 Aspectos éticos

El presente estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de Helsinki, adaptada en la 18a Asamblea Médica Mundial, revisada por la 29a Asamblea Mundial en 1975 en Tokio. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos, así como la utilización de los mismos sólo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

IV. RESULTADOS

Se estudiaron a 18 residentes de Medicina Familiar con una edad media de 31 ± 3 años, predominó el sexo femenino con un 55.6%. El estado civil casado fue el más frecuente con un 50%, seguido del estado civil soltero con un 44%. La Universidad de procedencia que mas frecuente fue la del Valle de México con un 33%, seguida de la Universidad de Hidalgo con un 27.8% (cuadro 4.1).

Antes de la estrategia educativa, la actitud en la autoevaluación presentó una media de 5.16 ± 0.9 , en la evaluación por el paciente de 4.05 ± 0.4 , y en la evaluación por el tutor de 2.88 ± 0.9 . El promedio de las tres evaluaciones obtuvo una media de 4.02 ± 0.4 (figura 4.1).

Después de la estrategia educativa, la actitud en la autoevaluación presentó una media de 6.33 ± 0.5 , en la evaluación por el paciente de $5.88.05 \pm 1.0$, y en la evaluación por el tutor de 5.16 ± 0.6 El promedio de las tres evaluaciones obtuvo una media de 5.82 ± 0.6 (figura 4.1)

En la autoevaluación, la dimensión que obtuvo la ponderación más baja antes de la estrategia educativa fue la de atención por compasión que corresponde a los items 11,12,13,14,15,16 y 17 con un puntaje de 5.46, esta misma posterior a la estrategia educativa incrementó a 6.46 ($p=0.011$), en la dimensión de toma de perspectiva que corresponde a los items que van del 1 al 10 se obtuvo inicialmente la ponderación más alta, después de la estrategia incrementó 0.69 puntos con una diferencia significativa ($p=0.000$). En la dimensión “habilidad para ponerse en los zapatos del paciente” presentó un incremento de 0.62 sin ser significativo al realizar la prueba de t (cuadro 4.2).

En la evaluación por parte del paciente la dimensión con un puntaje más bajo fue la de “atención por compasión”, que corresponden a los items 3, 4, 5, 10 y 11 con una puntuación de 4.48, posterior a la estrategia educativa persistió como la más baja pero incrementó 0.86 puntos ($p=0.005$). La ponderación más

alta fue dada a la dimensión “habilidad para ponerse en los zapatos del paciente” pero el incremento posterior a la estrategia al realizar la prueba de t pareada no fue significativo (cuadro 4.3).

La dimensión que fue ponderada más baja en la evaluación por el tutor antes de la estrategia educativa fue “habilidad para ponerse en los zapatos del paicente” 3.24, después de la estrategia esta incrementó a 5.17y al aplicar la prueba de t pareada las tres dimensiones presentaron un incremento significativo posterior a la estrategia educativa (cuadro 4.4).

Al promediar las tres evaluaciones, se observó que la actitud incremento de 4.02 a 5.82 posterior a la estrategia educativa estadísticamente significativo (cuadro 4.5).

Cuadro 4.1. Características Socio-demográficas de los residentes de Medicina familiar

n= 18

	N	%
Estado civil		
Soltero	9	50
casado	8	45
separado	1	5
total	18	100
Universidad de procedencia		
UVM	6	33
U. de Hidalgo	5	28
UNAM	4	22
otras	2	11
Michoacán	1	6
total	18	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Cuadro 4.2 Comparación de la actitud en los residentes de Medicina Familiar antes y después de la estrategia educativa por medio de la autoevaluación.

N=18

Dimensiones	Antes	después	P
Toma de perspectiva	5.75	6.44	0.000*
Atención por compasión	5.46	6.46	0.011*
Habilidad para ponerse en los zapatos del paciente	5.55	6.17	0.109

Se utilizó prueba de T pareada significativo $p < 0.05$

Fuente: Instrumento de autoevaluación de escala médica de Jefferson

Cuadro 4.3. Comparación de la actitud en los residentes de Medicina Familiar antes y después de la estrategia educativa por medio de la evaluación por el paciente

N=18

Dimensiones	Antes	después	p
Toma de perspectiva	4.6	5.45	0.036*
Atención por compasión	4.48	5.34	0.005*
Habilidad para ponerse en los zapatos del paciente	4.85	5.42	0.074

Se utilizó prueba de T pareada significativo $p < 0.05$

Fuente: escala de Jefferson para el paciente

Cuadro 4.4. Comparación de la actitud en los residentes de Medicina Familiar antes y después de la estrategia educativa por medio de una lista de cotejo

N=18

Dimensiones	Antes	después	p
Toma de perspectiva	3.62	5.36	* 0.000
Atención por compasión	3.56	5.33	* 0.036
Habilidad para ponerse en los zapatos del paciente	3.24	5.17	* 0.002

Se utilizó prueba de T pareada significativo $p < 0.05$

Fuente: lista de cotejo.

Cuadro 4.5 Comparación de la actitud de los residentes de Medicina familiar, antes y después de la estrategia, a través del promedio de la autoevaluación, la entrevista al paciente y la lista de cotejo

N=18

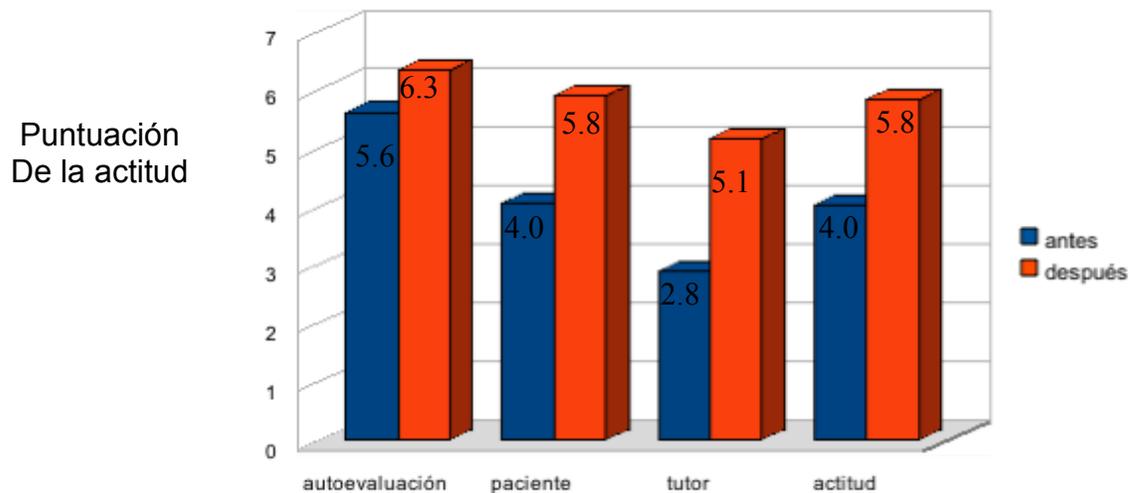
	Antes		Después		Diferencia	p
	Med	DS	Med	DS		
Autoevaluación	5.16	0.9	6.33	0.5	1.16	0.000*
Paciente	4.05	0.7	5.88	1.0	1.83	0.000*
Tutor	2.88	0.9	5.16	0.9	2.28	0.000*
promedio	4.02	0.4	5.82	0.6	1.8	0.000*

Se utilizó prueba de T pareada significativo $p < 0.05$

Fuente: Instrumento de autoevaluación de escala médica de Jefferson, escala de percepción del paciente de Jefferson, y lista de cotejo.

Figura 4.1 Actitud en la relación médico-paciente de los residentes de medicina familiar antes y después de la estrategia educativa en relación a la empatía y la comunicación, a través de una auto-evaluación, una entrevista al paciente y una lista de cotejo

N=18



Fuente: Instrumento de autoevaluación de escala médica de Jefferson, escala de percepción del paciente de Jefferson, y lista de cotejo

V. DISCUSIÓN

Dentro de los aspectos importantes que existen en la relación médico-paciente se encuentran la comunicación y la empatía, ya que permiten que el paciente le tenga más confianza en el médico que lo atiende, le sea más clara la información que éste le da, se lleve a cabo una mejor respuesta terapéutica, disminuyan las demandas médico legales, se vea como resultado final una mejor respuesta en el proceso salud-enfermedad, en el control de las enfermedades crónico-degenerativas con disminución en las complicaciones (González y León, 2009; Gutiérrez-Meléndez, 2007; Bellón, 2001).

Dentro del sistema de educación por competencias, la actitud juega un papel preponderante en el proceso formativo del médico, por lo que la enseñanza de la bioética se ha convertido en una necesidad ineludible en la práctica clínica, en la cual ocurren conflictos éticos constantes relacionados con la salud y el desarrollo tecnológico, muchas veces se antepone el interés en éstos a los valores tradicionales de la humanidad (Altamirano et al., 2006).

De acuerdo a los resultados encontrados en el presente trabajo, se puede demostrar que una estrategia educativa con un componente epistemológico diferente al que se ha estado manejando en las aulas, tanto de de pregrado como posgrado, favorecen no solamente los aspectos teóricos y memorísticos en el alumno, sino que además permite que el alumno relacione lo aprendido en la teoría con lo que vive a diario en la consulta externa, reflexione sobre el actuar médico, haga una crítica y autocrítica, para que y al final proponga soluciones concretas acerca de la modificación de actitudes

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra que los análisis realizados son cuantitativos, que dejan a un lado las vivencias experimentadas en el aula, pero sobre todo durante la consulta, existen muchos aspectos que

quedaron sin comentar, para llenar este vacío se decidió tratarlos en la discusión, con lo que pensamos se enriquece lo aportado por el trabajo.

Dentro de estos aspectos se encuentran los que se vivieron intraaula y en el consultorio. En el aula, una de las técnicas didácticas utilizadas fueron los casos problematizados con enfoque bioético, en donde no se proporcionaron soluciones, sino datos concretos para reflexionar, analizar y discutir en grupo las alternativas que se pueden encontrar a cierto problema, con el fin de que el alumno genere sus propias soluciones, con esto se favoreció la capacidad creativa del mismo y la toma de decisiones ante determinados dilemas.

Los sociodramas fueron incluidos también en esta estrategia educativa, permitieron al residente ampliar su percepción sobre los aspectos de la comunicación, que inciden en la relación médico paciente, además se le propuso a los alumnos que por grupos escenificaran un tipo de relación médico-paciente, hicieran un guión y formaran los personajes. Esto permitió al residente incrementar su capacidad creativa, trabajo en equipo, capacidad de crítica y reflexión, como se vio en la última sesión plenaria, así mismo, posterior a esto se les pidió que dieran propuestas para mejorar la relación médico-paciente, muchos de ellos propusieron ser más empáticos con los pacientes, otros mejorar los aspectos de comunicación, algunos manifestaron que en muchas ocasiones por el contexto en que vive el paciente no nos entiende, por lo cual lo mejor era que el médico tomara las decisiones por él, al final la mayoría cambió su postura al ver que el paciente analfabeta también puede comprendernos si utilizamos el lenguaje que él utiliza, cuidando que las explicaciones que les demos sean congruentes con su contexto.

Se proyectaron diferentes películas con enfoque bioético y se les dio un listado de preguntas en relación al tema tratado, algunos estaban relacionados con: 1. la comunicación no verbal que manifestamos con nuestra expresión, nuestra vestimenta, el tono de la voz, la escritura, etc, 2. otros con la relación

médico-paciente, la empatía, la comunicación que permea los tipos de relación médico-paciente. 3. Otros con los principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Esto permitió al alumno reflexionar sobre diferentes aspectos que se dan en la relación médico-paciente, mismos que pueden afectar o favorecer dicha relación, así mismo se les pidió que dieran propuestas ante la problemática que encontraron, la mayoría coincidió que la comunicación no verbal es incluso más importante que la verbal, así mismo concluyeron que la empatía es fundamental en el momento de tomar decisiones, además que estos dos aspectos pueden incluso ayudar al médico y protegerlo de aspectos legales.

Otra técnica muy utilizada fue el debate, sobre todo en aquellos temas que generan mucha polémica como es el caso de la eutanasia o el aborto, la mitad defendía su postura inicialmente y la otra mitad la rebatía, pero al realizar la plenaria hicieron una reflexión final que dependía de un caso en particular, para poder tomar una determinación en donde el paciente y su autonomía juegan un papel muy importante, siempre y cuando no afectara la propia autonomía del médico.

También se utilizaron los foros de discusión de los temas “los valores del médico” “como dar malas noticias” “la empatía médica” en donde el alumno por medio del documento previamente recibido y leído se confrontó con el autor, realizó una crítica, generó un primer conocimiento en base a éste documento y su experiencia vital, posteriormente contestó una guía de lectura que le permitió reflexionar sobre los aspectos cotidianos que se presentan en la práctica médica relacionados con el tema del documento, así como dar propuestas para cambiar esa situación. El día en que se presentaron estos temas en las sesiones el alumno manifestó su postura expuesta en la tarea, la discutió al igual que la postura de sus demás compañeros, lo que le permitió confrontar una vez más su postura con la de los demás, para así generar un nuevo conocimiento.

Los talleres como técnica didáctica fueron también muy utilizados durante la estrategia educativa. Uno fue el taller de auto-imagen, en donde se reflexionó sobre aspectos como el tono de la voz, el tipo de lenguaje utilizado con el paciente y si utiliza muchos términos médicos o técnicos, lo que expresa con la mirada, las gesticulaciones y los movimientos corporales que utiliza, y como lo puede interpretar el paciente, los silogismos que se pueden presentar en el médico y en el paciente. Durante la consulta también se tomaron fotos y videos de: consultorio, la puerta del consultorio, las ventanas, los gestos del residente, gestos del paciente, distancia entre el médico y el paciente durante las primeras consultas, lo que se expuso en el taller, en donde los alumnos manifestaron que la mayoría de los médicos de las clínicas en donde han estado mantienen siempre la puerta abierta durante la consulta, reflexionaron sobre la importancia que esta tiene para la interrupción de la comunicación, así mismo se habló sobre la distancia que existe entre las sillas del paciente con su familiar y la del médico, y refirieron que también en la mayoría de los consultorios tienen una distancia inadecuada, que esto afecta el proceso de comunicación, ya que muchos pacientes no escuchan bien y pueden dar por hecho una indicación que el médico les dio, y no escucharon, lo que no aclaran por pena, también puede ser que el paciente diga que no los escuchó y esto hace que la consulta se demore.

Otro aspecto discutido fue el de el cuidado del pudor del paciente. Los residentes de medicina familiar manifestaron que muchas veces no hay sabanas en los consultorios, por lo tanto no pueden ofrecerla a los pacientes, se discutió en el taller que esto se puede arreglar, muchos propusieron pedirle a la asistente le consiga una sábana, o un campo, y en caso de no haber, cubrirlo con su misma ropa. En el caso de las ventanas descubiertas también manifestaron que en muchas de las ocasiones las cortinas o las persianas se encuentran en mal estado por lo que aunque ellos intenten cerrarlas se puede ver desde afuera, como propuesta se dejó que en el momento de encontrar esta situación hablarían con el personal de mantenimiento, para mejorar las condiciones al momento de la exploración. Otro aspecto discutido fue el de brindar ayuda al paciente al

momento de la exploración, los alumnos referían que era un riesgo ayudarlos a subir a la mesa de exploración, ya que esto le ocasionaba a ellos lumbalgia mecánica por el esfuerzo al ayudarlos, lo que no se podría calificar como accidente de trabajo ya que no está dentro de su perfil laboral; algunos propusieron que a los pacientes con limitación funcional los podían revisar en su propia silla, o pedir a algún familiar que los auxilie.

Durante la asesoría en consulta, se orientó al residente sobre las barreras de comunicación que se presentan tales como la puerta abierta, el monitor de la computadora en medio del médico y el paciente, la interrupción frecuente. Los alumnos referían que en ese consultorio los muebles estaban dispuestos de esa manera y por lo tanto los dejaba tal como los había encontrado, se le asesoró que él tenía la capacidad de decisión necesaria para mover las sillas y el monitor de acuerdo a que esto favorezca la comunicación.

Al finalizar el curso los médicos residentes realizaron un proyecto final en donde debían utilizar su creatividad y trabajo en equipo para hacer un video con el tema de la relación médico-paciente subirlo al internet. El último día proyectaron los videos, y en la plenaria se discutió sobre la experiencia de la realización de este proyecto y que se aprendió del mismo. Muchos expusieron que les permitió trabajar en equipo y explotar las cualidades de cada uno, tales como la habilidad en informática, elaboración de guiones, dibujos, entrevistas, audio, etc. También refirieron que para la realización del proyecto tuvieron que documentarse previamente, ver ideas de cómo hacerlo, lo que les generó un aprendizaje.

Es importante mencionar que las actitudes son un tema olvidado dentro del área educativa, y por lo tanto también dentro del área de investigación, por lo que hasta el momento no existen estudios en donde se valoren en una estrategia educativa y mucho menos durante la práctica del residente de medicina familiar en la consulta externa. También es relevante referir, que en los terrenos de las actitudes están mas inclinados a los aspectos cualitativos del ser humano, pero,

que por ser así no necesariamente deben de dejar de medirse, ya que se cuenta con instrumentos que los permiten medir, y que al llevar a cabo una triangulación estos aspectos tan subjetivos se pueden hacer mas objetivos, por lo que se decidió durante la formación del proyecto tomar en cuenta una calificación global en donde la actitud se promediaran la evaluación del residente por el mismo, por el paciente, y por el tutor. En el área educativa, la calificación final de los alumnos es el promedio de todas las materias que llevo durante el curso, en la evaluación por competencias se utiliza el portafolio de evidencias para poder ser más objetivo en una ponderación.

Algunos aspectos que son comparables con otros estudios son los sociodemográficos en donde Carvajal reportó una edad promedio de 22.6 años, en el presente estudio la edad media en los residentes de medicina familiar fue de 31 ± 3 , esto se debe a que son poblaciones diferentes, ya que ellos estudiaron a alumnos de pregrado y en el presente estudio fue a población de posgrado.

El sexo que predominó en el presente estudio fue el femenino diferente a lo encontrado en Chile con Carvajal en donde el masculino fue el más frecuente con un 55.6%, esto podría deberse a que la especialidad de Medicina Familiar es preferida por las mujeres, ya que les permite utilizar su tiempo para los roles de esposa y madre.

Al analizar los instrumentos antes y después de la estrategia educativa, se observó que era muy difícil entender los cambios al analizar item por item, por lo que se decidió analizar los resultados por medio de las dimensiones que tienen estos instrumentos, con lo anterior fue más fácil reconocer y comprender que aspectos eran ponderados cómo más bajos y cuales cómo los más altos.

Es interesante observar que en la autoevaluación (anexo 1), antes de la estrategia educativa la dimensión más baja fue la de atención por compasión, semejante a lo encontrado por Carvajal. Así mismo se observa que en la

evaluación por el paciente también las más bajas calificaciones correspondieron a esta dimensión, no así el tutor quien le da más énfasis la dimensión “la habilidad para ponerse en los zapatos del paciente”, la cual fue calificada cómo la más baja.

Esto puede estar relacionado con las percepciones del paciente, ya que el no es consciente de muchos aspectos de la comunicación no verbal, como la puerta abierta la distancia entre médico y paciente, el monitor de la computadora, la mirada del médico. En la autoevaluación es común que se pondere más alto, pero el tutor siempre tiende a ser más estricto.

Cabe mencionar las semejanzas que existen en los puntajes encontrados en la escala de autoevaluación en diferentes estudios, en Chile, Carvajal encontró un puntaje medio de 5.95, en México Acorta-Garza encontró un puntaje que osciló entre 5.1 a 5.5, muy parecido a lo encontrado en éste estudio, en donde se observó un promedio de 5.16 antes de la estrategia educativa, lo que hace pensar que la empatía en estudiantes de pregrado y posgrado es muy similar.

En este instrumento se observó que las tres dimensiones incrementaron su puntaje después de la estrategia educativa, pero es importante referir que la dimensión de habilidad para ponerse en los zapatos del paciente no fue significativa, durante el proceso de la estrategia educativa en las técnicas de discusión muchos de los alumnos defendían su postura de no inmiscuirse de mas en los sentimientos del paciente, ya que esto les afecta en el momento de actuar, también referían frecuentemente que el médico en muchas de las ocasiones debe ser de sangre fría para poder actuar rápida y objetivamente. Por lo que puede ser que su postura se mantuviera firme a pesar de la estrategia; así mismo es importante comentar que en uno de los items de esta dimensión se valora el gusto por la lectura no médica, que en la mayoría de las personas es un hábito. En la actualidad, no existen estudios de investigación en donde se hayan medido antes y después de una estrategia educativa para comparar estos resultados.

En la evaluación realizada por el paciente, se observó que la ponderación más baja antes y después de la estrategia educativa fue en la dimensión de “atención por compasión” lo anterior puede deberse a que el paciente percibe que el residente no se inmiscuye en los lazos afectivos del paciente, a pesar de esto si se observó un incremento significativo de esta dimensión posterior a la estrategia educativa, no así en la dimensión de “ponerse en los zapatos del paciente”.

El tutor ponderó más bajo la dimensión de “habilidad para ponerse en los zapatos del paciente” al igual que antes de la estrategia educativa, en muchas de las veces los residentes no le brindaron ayuda a los pacientes al momento de explorarlos, sobre todo a los adultos mayores que se veían limitados en sus movimientos para subir y bajar en la mesa de exploración, así mismo se presentó la tendencia a no explicar al paciente lo que va a realizar antes y posterior a la exploración física. Cabe mencionar que hubo un incremento significativo de 1.74 puntos en la dimensión de “toma de perspectiva” después de la estrategia educativa, lo que permite pensar que los talleres de autoimagen y la asesoría en consulta sobre los aspectos de comunicación no verbal, tales como la privacidad al cerrar la puerta del consultorio, las barreras de comunicación como el monitor de la computadora entre el médico y el paciente, la distancia existente entre el médico y el paciente favorecieron a este incremento.

Así mismo es importante mencionar, que el paciente pondera más alto la dimensión “ponerse en los zapatos del paciente” diferente a la percepción del tutor en donde los califica más bajo, esto puede deberse a dos aspectos, el primero es que el paciente no está consciente sobre el lenguaje no verbal en la consulta y el tutor ha sido capacitado para esto. En la mayoría de los consultorios la puerta siempre la dejan abierta, y esto puede ser visto como normal para el paciente, otro aspecto está relacionado con el pudor, ya que en muchas de las ocasiones los pacientes están acostumbrados a que no se les ofrezca una sabana para cubrirse o que las persianas se encuentren abiertas.

De acuerdo a los resultados encontrados, se puede demostrar que es posible producir un cambio radical en el residente de medicina familiar, primordialmente en lo referente a sus actitudes, lo cual es favorable para mejorar la relación médico-paciente por medio de una estrategia educativa, además también se comprobó una significancia estadística, aunque en algunas de las dimensiones no alcanzaron una diferencia significativa, es importante mencionar que en aspectos cualitativos como las actitudes, es muy difícil incidir para su modificación, y el hecho de que se presente un cambio por muy pequeño que parezca, ya es en sí una ganancia para su formación en competencias, en beneficio para la sociedad que demanda servicios.

Así mismo es importante referir, que una sola estrategia no necesariamente debe ser la clave para la modificación del actuar médico, por lo que se debe invitar al alumno a la reflexión y al reforzamiento constante del conocimiento, habilidades y actitudes previamente adquiridos.

Se propone realizar estrategias con este sentido epistemológico en las áreas de pregrado y posgrado. Así mismo es de suma importancia investigar a esta misma población estudiada, un año posterior a la intervención para ver si su forma de actuar ante el paciente sigue siendo la misma, valorar si el conocimiento previo lo tomó como parte de él para la solución de los aspectos de su vida laboral y cotidiana, lo que constituye un “aprendizaje significativo” (Gutiérrez Samperio , 2009).

Por lo que se concluye que mediante un esfuerzo orientado y bien planeado, si se puede producir un cambio de actitud en el residente de Medicina Familiar, utilizando una intervención educativa cuando esta es participativa, y reflexiva. Finalmente la investigación cualitativa o naturalista ofrece más dificultades al médico, quien por su formación dentro del positivismo habitualmente utiliza investigación cuantitativa, sin embargo, siempre será posible darle un valor cualitativo a las variables de un estudio empírico cuantitativo, así como dar un

valor cuantitativo a las observaciones cualitativas, lo que enriquece los estudios al facilitar el análisis y comprensión de los resultados (Gutiérrez-Samperio, 2009).

VI LITERATURA CITADA

- Albaronero V, Cuberli M. 2009. La comunicación como acto y disciplina en la formación de médicos. Rev Pilquen 11:1-10.
- Alcorta-Garza A, González-Guerrero J, Tavitas -Herrera S, Rodríguez-Lara F, Hojat M. 2005. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. Salud Mental 28(5):57-62
- Alivoni V, Serafini R y Alfie J. 2004. ¿Cómo entienden lo padres las indicaciones médicas?. Arch Atent Pediatr 102(1):22-25.
- Alonso S, Fuentes J y Muños M. 2008. Como interpretar la comunicación no verbal. FMC; 15(5):275-81.
- Altamirano M, Garduño Espinosa J, García Peña M, Muñoz Hernández O.2006. Ética Clínica Una perspectiva transfusional editorial Corinter primera edición pp 47-48, 243- 246.
- Anneliese A. 2004. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. Rev Med Chile; 132:1431-36.
- Arillo A, Vilches C, Mayor M, Gurpegui J, Arroyo C, Estremera V. 2006. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿Como se sientes tratados por sus médicos? An.Sist.Sanit Navar;29(1):47-5.
- Ausubel D. 2002. Adquisición y retención de conocimiento, una perspectiva cognitiva. Edit Paidos 212-14.
- Bascuñán M .2005. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. Rev Med Chile; 133:11-16
- Barrón-Rivera A, Torreblanca-Roldan F, Sánchez Casanova L, Martín Beltran M. 1998. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud Pública Mex; 40:503-509.
- Bellón JA. 2001. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas en atención primaria. Anales Sis San Navarra;24(2):7-14.
- Biltrán M, Zúñiga D, Flots P, Opadilla O, Moreno R. 2009. Mejoría de las habilidades de comunicación escrita en estudianetes de medicina: Impacto de un taller de escritura. Rev Med Chile;137:617-624.

- Bustamante M, Carvajal C, Gottlieb B, Contreras J, Uribe M, Melkonian.2000. Hacia un nuevo instrumento de evaluación en la carrera de Medicina. Uso del método OSCE. Rev. méd. Chile;128(9):1039-44.
- Carvajal A, Miranda CI, Martinac T, García C, Cumsille F. 2004. Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de medicina, a través de una escala validada para éste efecto.
- Clay H.1995. Introducción a la psicología social edit. Trillas segunda edición: 97-122.
- Colom A, Sarramona J, Vázquez J. 1994. Estrategias de formación en la empresa. Madrid, Narcea. 21-33.
- Dörr A.2004. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica Rev Méd Chile 132: 1431-1436
- Elejabarrieta F. Iñiguez L.1984. Construcción de escalas de actitud tipo thurst y likert. u.a.b :1-50
- García M. 2000. Análisis de dilemas éticos en atención primaria. Medicina de Familia (1):89-93.
- García M, Bernabew-Wittel M, Cassani M, Rincón M, Yerro V, Ollero M. 2007. Influencia de os factores biopsicosociales en el grado de empatía de la relación médico-enfermo en una cohorte de pluripatológicos. Rev Clin Esp 207(8):379-82.
- Garrafa V, Albuquerque M.2001.Enfoque bioético de la comunicación en la relación médico-paciente en las unidades de terapia intensiva pediátricas. Acta Bioethica ; 7 (2): 355-367.
- Genina J, García G. Bioética. Revista Neurobios 1996;1(2): 23-24
- Girón M, Bevia B, Medina E, Talero M. 2002 Calidad de la relación medico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de alicante: un estudio de grupos focales. Rev Esp Salud pública 76(5): 561- 75.
- Gobbo. 2009. Habilidades de comunicación con el paciente, la perspectiva del psicólogo. Reumatol Clin 5(2):7-14.
- Guix J, Fernández J, Sala J. 2006. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. Gac Sanit 20(6):465-72.

- Gutiérrez-Meléndez L. 2007. El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención?. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 15(3):121-123.
- González J, León A. 2009. El reto de ser médico. Talleres de ediciones y servicios editoriales Edición exclusiva 53-57.
- González M, Kraftchenko O. 2003. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. Rev Cubana Educ Med Super ;17(1):38-45.
- Gutiérrez-Samperio C. 2009. Filosofía, investigación y docencia en medicina. Costa-Amic: 279-296.
- Gutiérrez-Samperio C, Cholula A, Escartín M. 2008. Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en un Servicio de Cirugía de segundo nivel. Cirujano General;30(2): 101-108.
- Gutiérrez- Samperio C, Vela.Castañeda M, Corona-García L, Kuthy-Porter J, Quesada- Aldana S.2003. Las ciencias humanísticas y la bioética en la formación del médico. Gaceta Médica de Querétaro; 2 :28-29.
- Hall R , Hernández J, Carranza, Serrano F , Martínez, Rosencrance G, Clair L.2007 Medicina y Ética (3):315-336.
- Hernández-Torres I, Fernández- Ortega M, Irigoyen-Coria A .2006. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Arch Med fam 8 (2) 137-143.
- Hojat M, Louis D, Markham F, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella J. 2011. Physicians' Empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med 86(3):359-64.
- Ihler E. 2003. Patient-physician communication. Jama 289(1):92-94.
- Kane G, Gotto J, Mangione S, West S, Hojat M. 2007. Jefferson Scale of patient 's perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. Croat Med J 48:81-86.
- Kuthy- Porter J. 2003. Introducción a la Bioética. Mendes Editores, 2ª edición. 16-18
- Kuthy-Porter J. 2003.Enseñanza de la bioética Programas educativos- Riesgos y desviaciones Televisivas. Gaceta Médica de Querétaro 2 :28-29.
- Lavielle-Sotomayor M, Cerón-Ruíz M, Tovar-Larrea P, Bustamante-Rojano J. 2008. Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. Rev Med IMSS 46(2):129-34.

- Lifshitz A, García J. 2006. Evaluación de la educación médica rediseño curricular. Inversión en investigación y educación en salud. : 9-14.
- Lifshitz A. 2002. La revolución de la bioética, su influencia sobre la ética médica. Med Int Mex 18(6):307-12 .
- León T, Bedregal P, Shand B. 2009. Prevalencia de problemas éticos en los servicios de medicina, desde la perspectiva del paciente. Rev Med Chile 137:759-65.
- Llorens S, Beas M, Cifre E. 2004. Diseño y validación de un instrumento de evaluación de actitudes hacia la búsqueda de empleo. Rev invest med 47(1):5-12.
- López X. 2004. Diseño y validación de un instrumento de evaluación de actitudes hacia la búsqueda de empleo. Rev Invest Clin 47(1):5-12.
- Manassero M, Vázquez A. 2001 Instrumentos y métodos para la evaluación de las actitudes relacionadas con la ciencia, La tecnología y la sociedad. Enseñanza de las ciencias 20 (1), 15-27 15.
- Medina-Rodríguez F, Andrade-Padilla D, Rivera-Ibarra B. 2009 Estimación de la postura ante la educación de médicos con y sin formación docente. Rev Med Ins Mex Seguro Soc 47 (6):677-682.
- Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera I, Salmerón-Castro J. 2003. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública Méx 45:472-482.
- Mingote A, Moreno-Jimenez B, Rodríguez-Carbajal R, Gálvez M, Ruiz-López P. 2008 Validación psicométrica de la versión española del cuestionario de relaciones Médico-Paciente (CREM-P). Actas Esp Psiquiatr 36(0):00-00.
- Morales, P, Urosa, B. y Blanco, A. 2003. Construcción de escalas de actitudes tipo Likert. Una guía práctica. Madrid: La Muralla: 78-101.
- Morín E, Ciruana ER, Motla RD. 2006. Los desafíos de la era planetaria. A misión de la educación para la era planetaria. España: Gedisa 77-118.
- Ortega J. 2006. La ética y los estudiantes de medicina. Inversión en investigación y educación en salud :81-84.
- Oseguera-Rodríguez J, Rodríguez Gálvez A, Viniegra Velázquez L. 2006. Aplicación de juicio ético pragmático por médicos residentes y estudiantes

internos de medicina. Aspectos de investigación en educación y desarrollo social 196-213.

Peña-Viveros R, Rodríguez Moctezuma JR, López-Carmona JM. 2004. Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Mex; 46(3): 210- 215.

Pereira V, De Sá F. 2009. El cuidado en la práctica médica. O Mundo da Saúde São Paulo 33(2):189-194.

Ramírez O, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria, López-Serrano A, Baillet-Esquivel L. 2008. Calidad del usuario interno: actitud de médicos de atención primaria hacia el equipo de salud en ciudad de México, México. MPA e-Journal de Med.Fam. & At. Prim 2(3):149-154

Ramos-Rodríguez C. 2008. Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina

Rivera Cisneros A, Juárez-Díaz, Martínez-López S, Campos-Castola M, Sanchez-González J, Tena-Tamayo C, Lee M. 2003. Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana asociado a la práctica médica, Cir Ciruj;71:210-16.

Rojas-Serey S, Castañeda-Barthelemiez S, Parraguez-Infiesta R.A. 2009 Orientación empática de dos escuelas de kinesiología en Chile. Educ Med 12 (2):103-109.

Rodríguez J, Mira J.2002.Calidad y humanización de la atención primaria. Vivre en salut, 53:12-13.

Rodríguez-Palmero. 2004. La teoría del aprendizaje significativo. <http://cmc.ihmc.us/papers/cmc2004-290.pdf>:213-24.

Ruiz AP, López LA, Días MC, Rogelio P, Villalobos M, Aranda JM. 1990. Elaboración y aplicación de dos escalas de actitudes hacia la promoción de la salud en atención primaria. Rev San Hig 1990; 64: 387-94.

Sánchez J. 2009. Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental psiquiátrica. [www.psiquiatria y psicología .com](http://www.psiquiatria.y psicología .com)

Sogi C, Zavala S, Oliveros M, Salcedo C . 2006. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados An Fac Med Lima 67(1): 30-37.

Torres E, García G, Marín M, Andrade B.2004. Aprendizaje significativo de mujeres entre 20 y 59 años ante la exploración de mama. Rev Enferm IMSS 12(3):131-5.

Velez L.1996. Etica médica. Intereses acerca de la medicina, la vida y la muerte Segunda edición. Edit Corporación para las investigaciones biológicas 28-29.

APENDICE

ANEXO 1
ESCALA MÉDICA DE JEFFERSON

Nombre _____ edad _____
 Universidad de procedencia _____
 Estado civil _____

INSTRUCCIONES: (EN RELACIÓN CON EL TRABAJO MÉDICO) Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones escribiendo una X en el número apropiado del cuadro en que se encuentra en cada oración.

Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo):

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente en desacuerdo
(o “nunca”)

Totalmente de acuerdo
(o “siempre”)

Pregunta	1	2	3	4	5	6	7
1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.							
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos							
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes							
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente							
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.							
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente							
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica							
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento							
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.							
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma							
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto							
12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas							
13. Trato de entender que esta pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal							
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica							
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada							
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias							
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.							
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.							
19. No disfruto leer literatura no médica o arte.							
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico							
total							

ANEXO 2

ESCALA DE JEFFERSON DE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE

Nombre del médico _____

Instrumento de evaluación de actitudes de empatía y comunicación del médico aplicado al paciente

Instrucciones: Califique usted el grado de satisfacción que tuvo usted ante el médico que lo atendió colocando una X en la puntuación adecuada, utilizando la escala que va del 1 al 7 (un mayor número de escala indica una mayor satisfacción)

Pregunta	1	2	3	4	5	6	7
1. El trato que recibí del médico que me atendió fue cortés y amable							
2. El médico que me atendió se tomó tiempo para escucharme							
3. El médico que me atendió se interesó ante mis problemas de salud							
4. El médico que me atendió me hizo sentir aliviado ante mis preocupaciones							
5. El médico que me atendió me permitió hablar sobre mi estado de salud							
6. El médico que me atendió me explicó claramente sobre mi estado de salud							
7. El médico que me atendió me explicó claramente sobre el tratamiento que debo seguir							
8. El médico que me atendió me explicó sobre los cuidados que debo seguir							
9. La información que me dio el médico que me atendió, fue clara y oportuna							
10. El médico que me atendió me dijo que hacer para cuidarme yo mismo							
11. El médico que me atendió se preocupó por mis sentimientos							
12. El médico que me atendió se preocupó por mis necesidades							
13. El médico que me atendió tomó en cuenta la privacidad al hablar conmigo							
14. El médico que me atendió tomó en cuenta el pudor al momento de revisarme							
Total							

ANEXO 3

LISTA DE COTEJO DE EMPATÍA Y COMUNICACIÓN APLICADO POR EL TUTOR

Nombre: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

Evalúador: _____

INSTRUCCIONES: De acuerdo a las consultas realizadas por el residente de medicina familiar a sus pacientes marque con una X utilizando la escala que va del 1 al 7 (un mayor número de escala indica una mayor satisfacción)

El residente:	1	2	3	4	5	6	7
1. Saluda al paciente por su nombre y se presenta							
2. Permite el tiempo para expresar motivo y cronología de consulta							
3. El lenguaje corporal es adecuado para establecer relación medico-paciente							
4. El lenguaje verbal es adecuado para establecer relación medico-paciente							
5. Replantea y esclarece dudas del paciente							
6. Ofrece ayuda y conforta al paciente previo a la exploración							
7. Cuando realiza exploración física, explica al paciente lo que va a realizar antes de hacerlo							
8. Cuida el pudor del paciente							
9. Concluye su exploración física con una explicación de sus hallazgos							
10. Explica al paciente el porque de su padecimiento							
11. Discute su diagnósticos diferenciales sin incrementar la angustia del paciente							
12. Ofrece Indicaciones precisas y claras							
13. Se pone en el lugar del paciente durante la consulta							
14. inspira confianza del paciente							
15. Es respetuoso y se hace respetar							
16. Es amable con su paciente							
17. El lenguaje utilizado para con el paciente y sus familiares es el adecuado							
Total							