

**Opinión de médicos psiquiatras y cardiólogos como
pacientes en la atención recibida por otros galenos**

www.bdigital.ula.ve

MÉRIDA, VENEZUELA, 2017

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR LA MÉDICA KARIN HAZZEL
SANTOYO VICTORIA CI E-24341886, ANTE EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE PSIQUIATRÍA

**Opinión de médicos psiquiatras y cardiólogos como
pacientes en la atención recibida por otros galenos**

Mérida, Venezuela, 2017

Karin H. Santoyo Victoria.

Tutor: Dra. Heidy D. Delgado M.

Co-tutor: Dr. Trino Baptista

2017

AUTOR:

Investigación presentada por la médica Karin Hazzel. Santoyo Victoria, residente de postgrado, para realizar acreditación como especialista en Psiquiatría de la Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.

TUTOR:

Médica Heidy D. Delgado M, Especialista en Psiquiatría de la Universidad de los Andes.

CO-TUTOR:

Dr. Trino Baptista, Profesor titular. Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Especialista en Psiquiatría de la Universidad de los Andes. Doctor en Ciencias Médicas de la Universidad del Zulia.

COLABORADOR:

Javier Piñero, médico especialista en Psiquiatría. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Edo. Mérida

Sitio y fecha de realización del estudio: Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Edo. Mérida 2016-2017

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los miembros de La Unidad Docente Asistencial de psiquiatría Del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Edo. Mérida, que han participado de mi formación en este maravilloso proceso para aspirar a la obtención del grado de especialista en psiquiatría.

A mi tutora Dra. Heidy D. Delgado M, y mi co-tutor Dr. Trino Baptista por su incondicional disposición y asesoría en esta investigación, que hicieron de este proyecto una maravillosa experiencia.

Al Dr. Javier Piñero por su paciencia y ayuda incondicional, para hacer de este trabajo, un modelo novedoso y completo en la recolección de la información.

Al Dr. Ignacio Sandia por sus consejos y prácticas alternativas para esta investigación.

La Unidad Docente Asistencial de psiquiatría Del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, por proporcionar base de datos de correos electrónicos de Psiquiatras que residen en la República de Venezuela, para llevar a cabo este proyecto.

Al Dr. Carlos Guillermo Cárdenas, Cardiólogo, Director del Instituto de Investigaciones Cardiovasculares por su valioso apoyo en el desarrollo de esta tesis de grado, ante la Sociedad Venezolana de Cardiología.

A la Sociedad Venezolana de Cardiología, por proporcionar el listado de los correos electrónicos de los especialistas miembros de esta.

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad y privilegio de cumplir mis metas personales en este maravilloso país, por darme la fuerza vital que he necesitado cada día de mi vida y la fe que me ha permitido permanecer de pie, ante las diferentes adversidades.

A mi maravillosa madre por su amor y apoyo incondicional, por siempre estar allí cuando la he necesitado.

A toda mi familia por su apoyo y confianza.

www.bdigital.ula.ve

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Existen muy pocos estudios publicados acerca de la opinión que tienen los médicos de sus colegas cuando son atendidos como pacientes. **OBJETIVO:** Evaluar el porcentaje de especialistas en psiquiatría y cardiología que presentan una opinión favorable o desfavorable en su experiencia como paciente e identificar las diferencias que existen en ambos grupos, debido a los pocos antecedentes de investigación de este tipo de relación entre miembros del mismo gremio. **METODOLOGIA:** Se realizó una investigación mixta: Cuantitativa (observacional, descriptiva, transversal) y Cualitativa. A partir de la base de datos de las dos Sociedades Médicas se obtuvo una muestra probabilística de 100 psiquiatras y 100 cardiólogos, a los cuales se les envió el cuestionario vía internet. Se cuantifico y comparó la opinión que tenían en su experiencia como paciente con la utilización de un instrumento compuesto por escala tipo Likert modificada (previamente validada). El cuestionario es unidireccional y consta de 12 ítems los cuales están enfocados al rol de paciente, seleccionando la alternativa que considere conveniente. **RESULTADOS:** Respondieron 24 psiquiatras (24% de la muestra) y 19 cardiólogos (19% de la muestra). El 88.37 % del total de especialistas considera que el trato personal que han recibido en general por los médicos a lo largo de su vida ha sido entre muy bueno- bueno, sin embargo los cardiólogos se encuentran menos conformes en varios aspectos como: si la información recibida por el médico sobre el diagnóstico y tratamiento fue precisa, con el tiempo que el galeno tratante les dedicó y los mayores de 55 años presentaron una opinión menos favorable en relación al contacto con el médico tratante. **CONCLUSIONES:** Los resultados de esta investigación, muestran la necesidad de continuar con el estudio y líneas de investigación que permitan identificar y aclarar las diferencias de los aspectos desfavorables

que interfieren en el adecuado desarrollo de una relación médico-paciente y además ampliar la información acerca de las diferencias de opiniones en los grupos etarios y según el sexo acerca de la relación médico-paciente. Esto permitiría enriquecer los diferentes aspectos que se deben tener en cuenta y priorizar según las expectativas de los pacientes. **PALABRAS CLAVE:** Relación médico-paciente, opinión de los especialistas como pacientes.

www.bdigital.ula.ve

ABSTRACT

PURPOSE Few studies have addressed the opinion medical doctors have of their colleagues when these are patients. The purpose of this research is to assess the percentage of psychiatrists and cardiologists who have a favourable or unfavourable opinion regarding their own experience as patients and identify the differences that exist (if any) between both groups of specialists.

METHODS A quantitative (observational, descriptive and transversal) and qualitative research was conducted. A sample of 200 medical doctors (100 psychiatrists and 100 cardiologists) was collected from the Psychiatry and Cardiology Venezuelan Societies, and a questionnaire was sent via Internet. The opinion of each doctor about his/her personal experience as patient was quantified and compared by means of a previously validated Likert-style modified scale. The questionnaire was unidirectional and consisted of 12 items related to the physician's role as patient.

RESULTS Twenty-four psychiatrists (24% of the sample) and 19 cardiologists (19% of the sample) replied. 88.37% of the respondents considered that their personal experience as patients was either very good or good. Nonetheless, the cardiologists were not as satisfied as the psychiatrists were as to the information the physician gave them about their diagnosis and treatment and about the amount of time the physicians dedicated to the consultation. Moreover, those over 55 years had a less favourable opinion regarding the contact with the attending physician.

CONCLUSIONS The findings of the present study indicate that further research is needed on such issues with the aim to identify the difficulties that exist to reach an optimum physician-patient relationship and to widen the information about the opinion patients (both men and

women) from different age groups have about their physicians. This would allow a better understanding of the various aspects that affect physician-patient relationships.

Keywords

Physician-patient relation, physicians as patients, cardiologists, psychiatrists

www.bdigital.ula.ve

1. Introducción

1.1. Planteamiento del Problema

La relación médico- paciente es una de las más antiguas y estudiada de la humanidad a través del tiempo, pero al referirse a la relación que se presenta cuando el médico se enferma es un área poco explorada, ya sea por falta de investigación o por ser un tema controversial entre estos profesionales. Es importante considerar que en algún momento de la vida, como todo ser humano, el médico se convierte en paciente por la alteración en el binomio mente-cuerpo, él ser médico, no lo exime de algún tipo de padecimiento y esto hace necesario acudir a un colega para la atención, posiblemente primero busque ayuda de amigos o galenos que hayan tenido un renombre y favorable transcendencia en su desempeño profesional específicamente en el medio de la salud, alguien de su “confianza”, en este momento se busca un profesional integro, que cumpla con todas las expectativas académicas, laborales, intelectuales y éticas, las cuales posiblemente sean mayores que las de un paciente que no sea miembro del gremio médico, idealizando una mejor comunicación e interés del galeno tratante. Sin embargo en muchas ocasiones esta expectativa se puede ver frustrada en varios aspectos, dentro de los cuales sobresalen, el retraso en la consulta, la automedicación o comunicación informal con otros galenos acerca del padecimiento, falta de empatía y otros aspectos que pueden entorpecer la relación. Dentro de los panoramas que se pueden identificar en los estudios de esta relación, se evidencia percepción favorable acerca de la atención integral de parte de su colega al experimentar una consulta íntegra y eficiente por ser realizada con mayor dedicación. Otro de los panoramas muestra una relación médico-paciente deficiente, “deshumanizada” (1) tanto en la atención privada como en la pública, describiendo dichas experiencias como angustiosas hasta sintiéndose “desprotegido” (2)

Considerando estos aspectos y los pocos estudios de investigación acerca del tema, a pesar de ser muy importante para fortalecer y optimizar la interacción en la consulta médica, es necesario ampliar la información teniendo en cuenta la opinión de especialistas en otras áreas de la salud, como psiquiatras y cardiólogos, quienes se encuentran expuestos a la atención diaria de aspectos muy diferentes del ser humano (emocional –psicológico vs objetivo-medible), pero finalmente involucrados en la servicio integral del paciente, haciéndose evidente este contraste, de acuerdo a su especialidad, formación y aspectos de la estructura de su personalidad, motivo por el cual se espera, que perciban de forma diferente la relación del médico enfermo con su médico tratante, identificando en otro galeno la sensibilidad ética que en muchos ha pasado a segundo plano, pero que se hace fácilmente perceptible al ser un médico - paciente.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el porcentaje de psiquiatras y cardiólogos que tienen una opinión favorable o desfavorable de la relación Médico-Paciente al ser atendidos por un colega?

2. Justificación

Demostrar si existen diferencias en la opinión de la relación médico – paciente según las áreas de desempeño del médico que busca ayuda, en este caso psiquiatras y cardiólogos que se han visto en posición de paciente y no como galeno tratante, lo cual permitirá ampliar el conocimiento acerca de esta interacción, buscando desarrollar e implementar pautas para orientar a los médicos y mejorar la relación con sus colegas enfermos, incidiendo directamente sobre sus acciones diagnósticas y terapéuticas optimizando la atención médica.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Evaluar la opinión de los especialistas en psiquiatría y cardiología, de la relación Médico-Paciente en la consulta con otro galeno.

3.2. Objetivos específicos

Determinar la diferencia de opinión de la relación médico-paciente de los psiquiatras y cardiólogos al recibir atención médica de un colega.

4. Marco Referencial

En el marco conceptual se describirán conceptos, características y modelos aplicados a la relación médico-paciente. En el marco de antecedentes se presentarán los estudios y artículos relacionados con la presente investigación.

4.1. Marco conceptual

4.1.1. Conceptos básicos:

Comunicación

La definición actual de comunicación no se limita a la interacción humana, sino por el contrario, se amplía a toda la información y/o energía que un sistema transfiere a otro, sea éste un ser vivo o una máquina, aunque el propósito de este tema no es tan amplio.

Para fines prácticos solo se tendrá en cuenta el concepto referente a la comunicación humana el cual se podría definir como una interacción entre mínimo dos personas por medio de símbolos, sistemas, conductas y mensajes.

Dentro de todas las definiciones de comunicación de diferentes autores, solo se tienen en cuenta aquellos postulados o axiomas que permitan entender y profundizar el concepto de la relación médico-paciente.

Según **Paul Watzlawick**, (3) autor muy importante de la teoría de la comunicación humana, y de numerosos libros referentes al tema, describe que existen cinco axiomas de la comunicación que se explican a continuación:

1. La imposibilidad de no comunicar

Este postulado se deduce de una propiedad primordial del comportamiento; todo tipo de comportamiento es necesariamente una forma de comunicación, por lo tanto no existe un “no comportamiento” y tampoco una “no comunicación”, siempre hay comunicación, así se acepta entonces, que toda conducta es una comunicación ya sea verbal, postural, etc. Toda actividad o inactividad constituyen comportamientos lo cual lleva plasmado un mensaje, por lo tanto es imposible dejar de comunicarse así este sea el propósito del individuo.

2. Niveles de contenido y relaciones de la comunicación

Toda comunicación lleva implícito un compromiso y por lo tanto una relación, no solo hay un intercambio de información, sino también una interacción que impone conductas y contiene a su vez un aspecto referencial y otro conativo.

El aspecto referencial: Transmite información de la comunicación.

El aspecto conativo se refiere a las conductas impuestas en el mensaje, establece la relación entre los comunicantes.

Entonces el primer aspecto transmite el contenido, los “datos” de la comunicación y el segundo, como debe entenderse, este clasifica al primero y por ende el aspecto conativo es una "metacomunicación".

3. La puntuación de la secuencia de hechos: se refiere a la interacción, al intercambio de mensajes entre un emisor y un receptor. Los participantes de esta interacción incluyen una puntuación de secuencias de hechos, esto permite crear y mantener una organización, y de esta forma los hechos figuran como causas o efectos de los participantes que la interacción. Si se presenta una privación de la forma de puntuar la secuencia de hechos, se producirá un conflicto en las relaciones.

4. Comunicación digital y análoga: La comunicación implica tanto las palabras habladas (comunicación digital), esta cuenta con una sintaxis lógica y compleja, los objetos o eventos son expresados mediante un conjunto de signos arbitrarios que no guardan necesariamente una semejanza estructural con dicho objeto o evento y la comunicación no verbal también (o comunicación analógica), incluye la postura, gestos, tono de voz, movimientos, secuencia, ritmo entre otros. Ambos conceptos son semejantes a las computadoras analógicas y digitales.

Los humanos pueden comunicarse de ambas formas. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica, pero no contiene una semántica eficaz en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico, tiene la semántica pero no cuenta con una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

5. Interacción simétrica y complementaria:

Estas relaciones se basan en la igualdad o en la diferencia. Se habla de **simétrica** cuando tienden a igualar su conducta recíproca.

Cuando se habla de relación **complementaria** hay dos posiciones diferentes uno de los participantes ocupa un lugar superior o primario y el otro ejerce un papel inferior o secundario, sin embargo estos términos son útiles si no se usan en el concepto de “bueno o malo”, es importante destacar que la relación entre ambas conductas es diferente pero estas encajan y se interrelacionan tendiendo siempre a favorecer la una a la otra. Este tipo es frecuente entre el médico y el paciente.

Transferencia (4)

Se refiere a un conjunto de expectativas, creencias y sentimientos positivos o negativos con que un paciente contribuye a la relación médico- paciente, se basa en las experiencias del individuo, ante figuras de autoridad, que han sido importantes en su vida, son los sentimientos que tiene un paciente por un médico.

Contratransferencia (4)

Son los sentimientos positivos o negativos que tiene un médico hacia su paciente, puede incluir reacciones desproporcionadamente positiva, idealizadas e incluso erotizadas que médico proyecta de manera inconsciente. Expresa conflictos no resueltos y satisface necesidades personales.

Rapport (5)

Es el convenio que realiza el paciente y el médico de forma consciente y armónica y que refleja una adecuada relación entre ambos. También puede hacer referencia a las respuestas mutuas, espontáneas y empáticas que se establece en esta relación.

Empatía (4), (6)

Es la capacidad que tiene un ser humano para experimentar de forma vicaria los estados emocionales de otros y responder adecuadamente a las necesidades de los demás, a compartir

sus sentimientos. Aunque no es una habilidad universal puede profundizarse mediante entrenamiento, observación y autorreflexión, de esta forma el galeno puede desarrollar la habilidad de comprender las experiencias de los pacientes.

4.1.2 Relación médico-paciente

El gran médico griego Hipócrates señala que hay en la medicina tres elementos: la enfermedad, el enfermo y el médico. Insiste en la fuerza potencial de la relación médico – paciente en el proceso curativo y considera que el paciente es, ante todo, un hombre que hay que respetar y cuidar.

Esta relación médico – enfermo ha ido cambiando a lo largo de la historia según han sido las transformaciones sociales y culturales.

En resumen se podría definir esta relación como la interacción que se establece entre el médico y el paciente durante el curso de la enfermedad (aguda o crónica). Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Esta relación puede influir directamente en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.

En nuestra situación actual los principios que entran en relación son: el principio de beneficencia, que aporta el médico; el principio de autonomía, que aporta el enfermo; el principio de justicia, que aporta la sociedad. La relación de estos principios en la asistencia sanitaria universal están produciendo unas relaciones médico – paciente más conflictivas en alguna proporción según el contexto cultural.

4.1.2.1. Características de la relación Médico-Paciente: Según el postulado de Beauchamp y Childress, la relación médico- paciente siempre debe contar con cuatro principios básicos, independiente del modelo al cual se adhiera. (7)

Los principios de los cuales se habla son la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, y estos a su vez se encuentran íntimamente relacionados con el respeto a la intimidad, confidencialidad, la veracidad.

Dentro de los aportes de otros autores la relación médico- paciente consta de seis características básicas (8).

Participantes: los participantes son el médico y el paciente, y se debe tener en cuenta, múltiples aspectos de cada uno.

En el caso del médico se espera que este sea maduro y debe además debe preocuparse por su prestigio profesional y en el caso del enfermo debe tenerse en cuenta el nivel cultural, tipo de enfermedad y personalidad.

Objetivos Perseguidos: Al paciente está motivado por el deseo de curarse, aliviarse, tener conocimiento de su padecimiento y de su pronóstico. Su meta primordial es buscar ayuda médica. Por su parte, el médico debe establecer una adecuada relación que le permita extraer una buena información y realizar un diagnóstico adecuado y curar. Su objetivo principal, por lo tanto, es ofrecer su ayuda médica de forma idónea.

Estado Afectivo y Mecanismos Psicológicos en los Participantes: En los pacientes, la enfermedad es una fuente importante de inseguridad, ansiedad y tristeza, y muchas veces

determina en ellos comportamientos que corresponden a etapas ya superadas de la vida. El médico, en líneas generales, debe tener un buen estado afectivo, sobre todo si aprende a dejar sus problemas fuera del consultorio.

Posición en la Relación: En la mayoría de los casos, el paciente, ubica al médico en un plano de superioridad, producto del desarrollo técnico y del papel que le toca desempeñar a este en la relación. Por lo tanto, el paciente toma su lugar de forma automática en el nivel de inferioridad, lo que conduce, en ocasiones, a dificultades en la interacción, ya que el sentimiento inferioridad puede llevarlo a reaccionar con hostilidad.

Resistencias o defensas de la Autoestima: Estos mecanismos voluntarios orientados a proteger el prestigio del paciente y que impiden la comunicación de elementos que afecten sus valores como persona, constituyen, en la mayoría de los casos obstáculos importantes para lograr los objetivos médicos, porque imposibilitan la transmisión de los datos fundamentales para el diagnóstico y tratamiento.

Comunicación: Sigue tres vías fundamentales en esta relación: la verbal, a través de la palabra escrita o hablada; la extra verbal, mediante la expresión facial, gestos y modulaciones de la voz; y la instrumental, mediante la exploración con equipos médicos.

4.1.2.2. Modelos de relación Médico- Paciente: Existen varios modelos satisfactorios de relación médico-paciente según los diferentes autores, dentro de los cuales se encuentran Hollender, Van Gebattel, Tatossian.

Estos autores han sido citados por Carrera (6) y describen un modelo centrado en las actitudes que tanto los médicos como los pacientes pueden adoptar en el transcurso de la enfermedad, plantea que tanto el comportamiento del médico como el del paciente dependen del tipo de enfermedad que este último padezca, del momento evolutivo de la misma y de las particulares circunstancias que se estén atravesando. Aunque como construcción teórica, y por lo tanto artificial, cada modelo enfatiza un factor como determinante de la dinámica de la relación, en la práctica constituyen diferentes puntos de vista de la misma realidad, que se complementan y pueden ayudar a entender mejor las distintas etapas de este encuentro.

4.1.3 Según el grado de participación:

Di Salvo, (9) cita a **Szasz y Hollander** quienes describen tres niveles de relación médico-paciente, considerando el criterio de la actividad relativa o pasividad tanto del médico como del paciente

El **nivel 1**, o de "**actividad del médico y pasividad del enfermo**", es la relación que se establece cuando el paciente no es capaz de valerse por sí mismo, como en casos de urgencias médica, alteración o pérdida de la conciencia, estados de agitación, delirio agudo etc. En este nivel el médico debe asumir el protagonismo y la responsabilidad del tratamiento. En este caso el papel del médico es activo y el del paciente es pasivo ya que este último no es capaz de tener una participación activa en el momento.

El **nivel 2** o de "**dirección del médico y cooperación del enfermo**", en este caso el médico dirige la intervención que se realizara, actúa como experto, tiene una posición directiva, y el paciente toma una actitud colaboradora, proporcionando información completa, en este caso el

paciente es capaz de cooperar y contribuir a su propio tratamiento , regularmente se da este tipo de relación en casos en los que existen enfermedades infecciosas, traumáticas, etc. Este nivel se puede utilizar también en el caso de necesitar permanentemente el apoyo del paciente y la familia de este para proporcionar el tratamiento adecuado

El **nivel 3** o de "**participación mutua y recíproca del médico y del paciente**", esta es la forma de relación más adecuada cuando existen enfermedades o condiciones crónicas como la Diabetes, enfermedades cardíacas, readaptaciones físicas o psíquicas, y en general en todas las situaciones, en esta relación el médico valora las necesidades del paciente, lo instruye y supervisa y este a su vez, es capaz de llevar a cabo el tratamiento por sí mismo, según lo programado, y con la posibilidad de sugerir otras alternativas o decidir la necesidad de una nueva consulta

Es importante destacar que cada nivel es más adecuado para un determinado padecimiento o una situación clínica dada. Con frecuencia el médico y paciente deberán modificar su actitud a lo largo de una misma enfermedad y adoptar uno u otro tipo de relación de acuerdo con lo que permitan o requieran las circunstancias.

4.1.4. Según el grado de personalización:

Según **Von Gebattel** existen diferentes fases en la relación médico-enfermo:

a) **Fase “de llamado humano”**: el paciente acude al médico solicitando ayuda y el médico responde ayudándolo a satisfacer las necesidades del paciente.

b) **Fase de objetivación:** el médico se centra en el examen científico del proceso patológico por el cual acude en su ayuda, aquí las relaciones personales pasan a un segundo plano, se ve el paciente como “un objeto de estudio” que como un ser humano.

c) **Fase de despersonalización:** en esta fase ya se ha realizado un diagnóstico y se ha establecido un plan terapéutico para el paciente, aquí el médico finalmente se relaciona con el paciente, no solo como un ser humano que sufre, sino que se relaciona en sí, con la persona que este representa el “paciente”.

4.1.5. Según el objetivo de la relación:

Tatossian, distingue dos tipos de relación, según que la interacción entre el médico y el enfermo sea directamente interpersonal o se halle mediatizada por el órgano enfermo, o también llamado modelo técnico.

En el **modelo interpersonal** de relación, se considera la enfermedad como un todo, el trastorno forma parte del paciente y se produce una implicación personal en la relación, el médico no sólo ve el órgano enfermo, sino la totalidad del paciente, lo somático y lo psíquico. Es la relación que se utiliza en psiquiatría y más aún en psicoterapia

En el **modelo técnico** de servicio de la relación, la atención se centra en el órgano "que no marcha bien" y el paciente adquiere connotaciones de cliente que solicita la reparación del mismo. Es una pragmática, operativa y funcional, dirigida a la obtención de información sobre la alteración del órgano y el tipo de restauración que se pretende. Es el modelo de relación que caracteriza la práctica médica general y las especialidades médicas, corre riesgo de ignorar la

personalidad o incluso omitir el resto del cuerpo físico del paciente, tratando específicamente al órgano enfermo.

4.2. Marco de antecedentes

La percepción que el médico que se enferma tiene de su interacción con su galeno tratante durante y después de su atención ha sido muy poco estudiada, a pesar de ser un tema muy importante para futuras propuestas de mejoras en la atención médica y en general a todo lo que se refiere a la atención en salud.

Como antecedentes se encuentra el estudio realizado por la **Dra. Heidi Delgado, Ricardo Salcedo y cols**, (10) médicos psiquiatras, quienes realizaron en la ciudad de Mérida- Venezuela , un estudio acerca de la relación médico – paciente entre colegas , el cual evidencia una alta proporción de especialista y parejas de estos, insatisfechos por la atención prestada , dentro estos argumentos se encuentran poco interés del galeno tratante en la atención, poco tiempo de esta, inconformidad con conducta y manejo médico, lo cual hace imperiosa la necesidad de continuar estudios que permitan identificar las diferentes falencias, o dificultades que se presentan en este tipo de relación galeno enfermo y galeno tratante. Sin embargo otro estudio realizado por este mismo grupo de investigadores, compara este resultado con la percepción de los médicos y sus parejas sobre el trato recibido durante la consulta con otro facultativo y con la población general, poco tiempo después (11), (12), esta investigación arroja resultados favorables de la percepción en la relación medico paciente, en comparación con el resultado notablemente desfavorable en la atención del galeno enfermo. Ambas investigaciones muestran la necesidad de continuar la línea de investigación para proporcionar nuevas y efectivas herramientas para

mejorar la interacción galeno-galeno e incidir de forma efectiva y acertada sobre el diagnóstico y manejo terapéutico, además de recomendar continuar en el crecimiento del conocimiento de esta relación tan importante para el gremio médico y la sociedad.

Otro estudio de corte transversal realizado por **Chen y cols** (13) (2008) el cual evidencia que una proporción grande de médicos de Hong Kong maneja sus propias enfermedades, auto-medicándose y creyendo que no es necesario acudir a un médico personal, lo cual es importante tener en cuenta debido a que esto retrasa la consulta oportuna y puede intervenir de forma radical en la relación e interacción entre galenos entorpeciendo el acto médico, resaltando la poca confianza que el médico otorga a sus colegas en el momento que busca una atención, saliendo a flote su subjetividad lo cual que va a generar una percepción muy desfavorable entre ambos sujetos de la relación medico enfermo y médico tratante.

También es importante, traer a conocimiento en este caso la experiencia narrada por el Dr. Miguel Kottow oftalmólogo chileno, quien posterior a caer enfermo debido a una grave enfermedad y estar internado durante varias semanas en una clínica como paciente se vio obligado a ver su profesión desde otro panorama: como paciente (14). Quien desde varios años atrás se interesó por este tipo de relación reuniendo a partir del año 2001 dos caras de un binomio que con frecuencia aparecen enfrentadas: la de médico y el paciente. Describiendo la medicina y esta interacción desde un punto de vista como agudo y penetrante, como puede constatarse en sus múltiples trabajos y artículos, todos enfocados en el mismo objetivo: la **humanización de la medicina**.

Después de su experiencia bastante preocupante y desfavorable para el paciente y para el gremio de la salud, decide publicar el libro **El pa(de)ciente**, un descarnado testimonio de sus padecimientos como enfermo en manos del sistema privado de salud donde evidencia las debilidades y una agresiva crítica al sistema de salud, que va desde la cuestión económica, hasta el trato dado por los galenos y demás personal de salud, desinformación y deshumanización de las instituciones.

La tabla 1 presenta un resumen de algunos estudios de interés para esta investigación realizados en la ciudad de Mérida (Venezuela) que informan acerca de la situación actual de la relación médico-paciente y la percepción de los galenos al acudir a una atención médica, y acerca de la conducta del galeno al estar enfermo.

Tabla 1

AUTORES Y TÍTULO	DISEÑO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Delgado H, Mérida, Venezuela, 2010(10) El Galeno Enfermo y su Médico Tratante: ¿Cómo Perciben su Relación Profesional?	Mixta cuantitativa (observacional, descriptiva, transversal) y Cualitativa	La mayoría de los sujetos identificaron una percepción favorable la Relación Médico-Paciente por parte de sus colegas. Algunos sujetos describieron como desfavorable dicha interacción.	La identificación de una percepción desfavorable en la Relación Médico-Paciente por parte de algunos colegas puede justificar las estrategias a desarrollar e implementar con el fin de orientar a los médicos para mejorar dicha relación, y de esta manera favorecer sus decisiones diagnósticas y terapéuticas.

<p>Delgado H, Salcedo R, Uzcátegui E, Baptista T. 2011 Mérida-Venezuela(11)</p> <p>Percepción de los médicos y sus parejas sobre el trato recibido durante la consulta con otro facultativo en Mérida-Venezuela</p>	<p>Mixta: cuantitativa (observacional, descriptiva, transversal) y cualitativa Población: Médicos especialistas (n = 52), residentes de postgrado (n = 84), parejas de médicos (n = 136). Quienes respondieron un cuestionario de de tipo bidireccional de 26 preguntas.</p>	<p>Los sujetos con frecuencia más baja de satisfacción con el trato recibido por el médico a lo largo de la vida y en la última consulta recibida fueron los especialistas masculinos (53,6% y 50% de los sujetos) y sus parejas (31,6% y 47,4% de los sujetos).</p>	<p>Se evidencio un alto porcentaje de insatisfacción de los especialistas masculinos y sus parejas Los resultados de este presente estudio apoyan el inicio de líneas de investigación que aclaren las diferencias observadas en la percepción de la relación médico-paciente entre los colegas según su sexo y el status profesional</p>
<p>Delgado H, Salcedo H, Uzcátegui E, Serrano A, Baptista T. 2010-2013 Mérida-Venezuela (12)</p> <p>” Satisfacción de los galenos y sus parejas de la atención médica recibida comparación con la población general de Mérida</p>	<p>Mixta: cuantitativa (observacional, descriptiva, transversal) y cualitativa. Población: médicos especialistas (n = 52), residentes de postgrado (n = 84), parejas de médicos (n = 136) y a una muestra probabilística de la población general (PG) de Mérida (214 mujeres y 283 hombres) Quienes respondieron un cuestionario.</p>	<p>Los sujetos con frecuencia más baja de satisfacción con el trato recibido por el médico fueron los especialistas masculinos (53,6% y 50% de los sujetos) y sus parejas (31,6% y 47,4% de los sujetos). Los sujetos de la PG reportaron alta frecuencia de satisfacción con el trato recibido (80%) vs. 70% de todos los médicos y sus parejas. El 28,6% de los especialistas masculinos se describieron como insatisfechos con los diagnósticos y tratamientos brindados, en contraste con el 5% de la PG. Un porcentaje elevado de especialistas masculinos (42,9%; 35,7%) y sus</p>	<p>Se confirma que los médicos y sus parejas tienen una percepción más negativa que la de la PG sobre la atención médica recibida, en particular los especialistas masculinos y sus parejas. Este problema requiere atención integral por parte de todo el equipo de salud. Considerar mayor información relacionada con los paradigmas de la comunicación y la relación médico paciente en estudios de pregrado y postgrado de</p>

		parejas (52,6%; 47,4%) reportaron que el médico les dedicó poco tiempo y demostró poco interés por su caso, mientras que en la PG este valor fue aproximadamente de 18%.	Medicina.
Chen y cols (2003) (13) Hong Kong “Las opciones personales de atención médica en los doctores: un estudio transversal mixto, en instituciones públicas y privadas”	Observacional, descriptivo, transversal; 9570 médicos registrados de Hong Kong en 2003 a los que se les aplicó una encuesta anónima. Se aplicó el chi cuadrado y modelos de regresión logísticos	4198 médicos respondieron la encuesta, la tasa de respuesta: 44%. 2/3 de los cuales atendieron su propia enfermedad y el 62% de estos se automedicaron. El 60 % de los que respondieron creyó que tener su médico personal era innecesario	Una proporción elevada de médicos de Hong Kong maneja sus propias enfermedades, se automédica y cree innecesario tener un médico personal

5. Marco Metodológico

5.1 Hipótesis de investigación

La opinión de los especialistas en psiquiatría o cardiología de la relación médico– paciente al ser atendido por otro galeno, es diferente de acuerdo al área laboral que desempeña el sujeto entrevistado.

5.2. Tipo y diseño de investigación

1. La metodología se desarrollo en base a los paradigmas identificados en los anteriores trabajos de investigación en relación al tema. Se trata de una investigación mixta: Cuantitativa (observacional, descriptiva, transversal) y Cualitativa. Los estudios observacionales son de naturaleza exploratoria, descriptiva o correlacional y al ser transversal cuantifica la frecuencia de un determinado fenómeno (opinión de los especialistas al ser atendido como paciente) en una población determinada (psiquiatras y cardiólogos) en un periodo de tiempo bien definido (marzo 2017- junio 2017). (15)

2. El estudio se realizó con la aplicación de un instrumento diseñado por los Doctores Trino Baptista (Psiquiatra, Profesor del departamento de Fisiología de la Universidad de los Andes), Euderruh Uzcátegui (Psiquiatra infante juvenil), Heidy Delgado (Psiquiatra) el cual fue aplicado en su versión original, inicialmente a 500 sujetos de la población general de acuerdo a una muestra probabilística, y estos resultados pueden considerarse como una validación parcial de este instrumento, para su uso en este estudio. Se realizaron modificaciones para obtener información acerca de la opinión de dos grupos de especialidades que se contrastan, en la atención recibida como paciente al ser atendido por otro galeno.

3. La técnica de cuantificación utilizada en el estudio es una escala tipo Likert modificada, que mide tanto el grado positivo como negativo de cada enunciado de la atención médica recibida. El cuestionario es unidireccional y consta de 12 items los cuales están enfocados al rol de paciente, seleccionando la alternativa que considere conveniente.

4. El método de aplicación fue el direccionamiento del instrumento por medio digital a los respectivos correos electrónicos de los especialistas.

5. La lista de los correos electrónicos de los especialistas para participar en la investigación, fue suministrada por el servicio de Psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, Mérida, y la Sociedad Venezolana de Cardiología, obteniendo un total de 363 correos de psiquiatras y 167 de cardiólogos, los cuales fueron ordenados alfabéticamente a fin de obtener una muestra probabilística, seleccionando cada 3 y 2 correos respectivamente y posteriormente enviados para la aplicación del instrumento. Como resultado de la muestra se seleccionaron 100 correos de especialistas en cada área. Los correos que fueron rechazados fueron reemplazados aplicando la misma fórmula de la muestra probabilística.

5.3. Universo y muestra

El universo quedó constituido por un total de 200 especialistas (100 psiquiatras y 100 cardiólogos) de diferentes estados de la República Bolivariana de Venezuela.

Criterios de inclusión/exclusión

- a) Ser Médicos especialistas en psiquiatría o cardiología
- b) Deseo voluntario de participar en la investigación.
- c) Ser miembro del grupo de investigación

Cálculo y selección de la muestra

Se obtuvo una muestra probabilística, como señala Baptista (16) en este modelo de población usando la configuración de selección aleatoria con selección sistemática mediante intervalos, la cual consiste en calcular una constante que servirá como “intervalos”(K) para seleccionar sujetos de la población. Tal intervalo se obtiene dividiendo el tamaño de la población (N) por el tamaño de la muestra.

$$K = \text{numero de correos electrónicos de la especialidad} / 100 = \text{intervalo}$$

5.4 Diseño de Variables

1. Variable objeto de estudio

Es una variable dependiente, cualitativa de tipo discreta nominal que mide la percepción favorable o desfavorable de la atención médica recibida por un colega (a lo largo de la vida y en la última oportunidad que fue requerida).

2. Variables explicativas:

Son Variables independientes, determinadas por:

- a) **Especialidad del médico encuestado:** Es de tipo cualitativa discreta nominal (psiquiatra o cardiólogo)
- b) **Edad:** Variable cuantitativa continua de intervalo determinada por grupos etarios.
- c) **Sexo del sujeto evaluado:** Variable cualitativa discreta nominal (masculino o femenino)
- d) **Especialidad del médico del cual recibió atención:** De tipo cualitativa policotómica.

5.5 Análisis estadístico

La base de datos fue procesada en el programa estadístico SPSS versión 23, se realizó estadística descriptiva utilizando gráficos y cuadros así como valores absolutos, relativos y mediana para el grupo de edad.

También se utilizó estadística inferencial, para lo cual se empleó la prueba homogénea basada en el estadístico de chi-cuadrado y la significancia de la prueba se estableció en $p < 0,005$.

www.bdigital.ula.ve

6. RESULTADOS

Análisis de resultados

Para comparar la opinión de médicos psiquiatras y cardiólogos como pacientes en la atención recibida por otros galenos, la muestra quedó conformada por 43 especialistas de los cuales 24 son psiquiatras y 19 cardiólogos.

En relación a la características demográficas se tiene para el sexo lo siguiente: en el grupo de psiquiatras el 79,17% corresponden al género femenino y 20,83% al masculino, mientras que en los cardiólogos el 31,58% corresponden al femenino y el 68,42% al masculino, esta proporción del género entre los especialistas es estadísticamente diferente con $P (0,002)$, por lo cual estas variables no se utilizarán para inferencia; en relación a la edad no se observaron diferencias en la proporción de cada grupo de edad en los grupos de especialistas, lo que indica que se pueden realizar inferencias dado que la muestra es homogénea.

En general se tiene que el 2,33% de los médicos participantes tenían edad entre 25 a 35 años, el 18,60% entre 36 a 45 años, 34,88% entre 46 a 55 años, el 25,58% entre 56 a 65 años y 18,60% 66 o más años; la mediana de la edad se ubicó en 55 años el cual es un valor a considerar en los posteriores análisis (ver cuadro N° 1).

Cuadro N° 1. Características demográficas por especialidad médica.

Características demográficas	Especialidad médica		Total	P
	Psiquiatra	Cardiólogo		
Género (n (%))				
Femenino	19 (79,17%)	6 (31,58%)	25 (58,14%)	0,002*
Masculino	5 (20,83%)	13 (68,42%)	18 (41,86%)	
Grupo de edad (n (%))				
25 a 35 años	1 (4,17%)	0 (0,00%)	1 (2,33%)	0,541
36 a 45 años	4 (16,67%)	4 (21,05%)	8 (18,60%)	
46 a 55 años	10 (41,67%)	5 (26,32%)	15 (34,88%)	
56 a 65 años	6 (25,00%)	5 (26,32%)	11 (25,58%)	
66 o más	3 (12,50%)	5 (26,32%)	8 (18,60%)	

Nota: * diferencias significativas en la proporción de cada especialidad médica con respecto al género $P < 0,05$; Prueba de homogeneidad basada en el estadístico Chi-cuadrado.

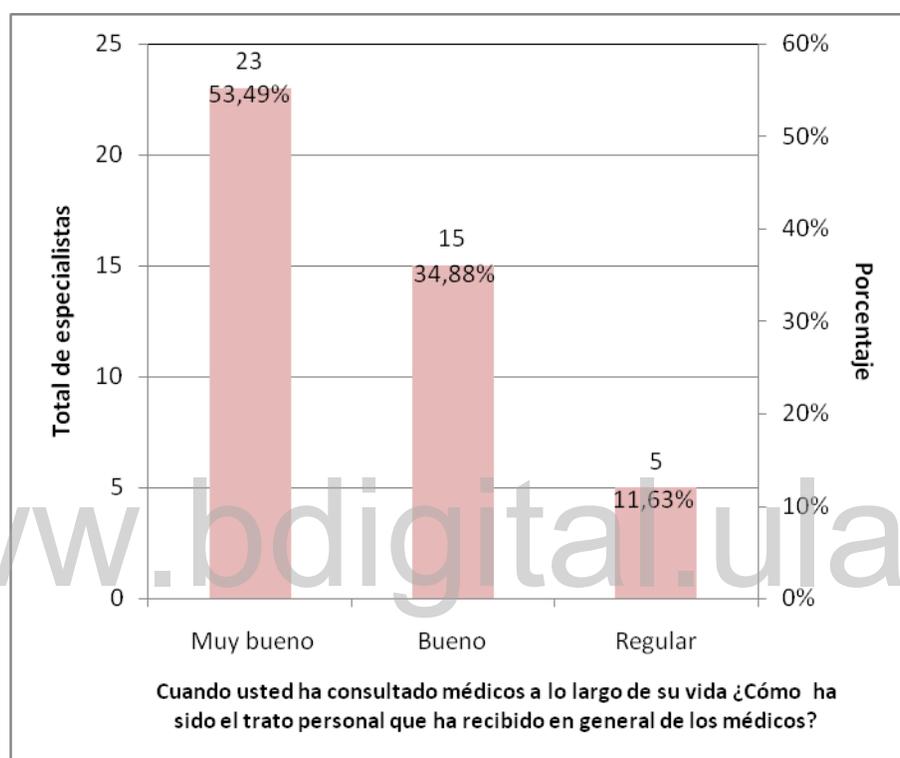
Fuente: Datos de la investigación.

Experiencias de los especialistas como pacientes en el trato, diagnóstico y tratamiento en la atención médica.

A continuación se presentan los resultados generales de las distintas especialidades sobre la experiencia de estos como pacientes en cuanto al trato, diagnóstico y tratamiento que ha recibido en la atención médica.

La opinión de los especialistas sobre el trato personal que han recibido en general por los médicos a lo largo de su vida, indican que el 53,49% consideró que el trato recibido era muy bueno, el 34,88% lo evaluó como bueno y 11,63% regular (ver gráfico N° 1).

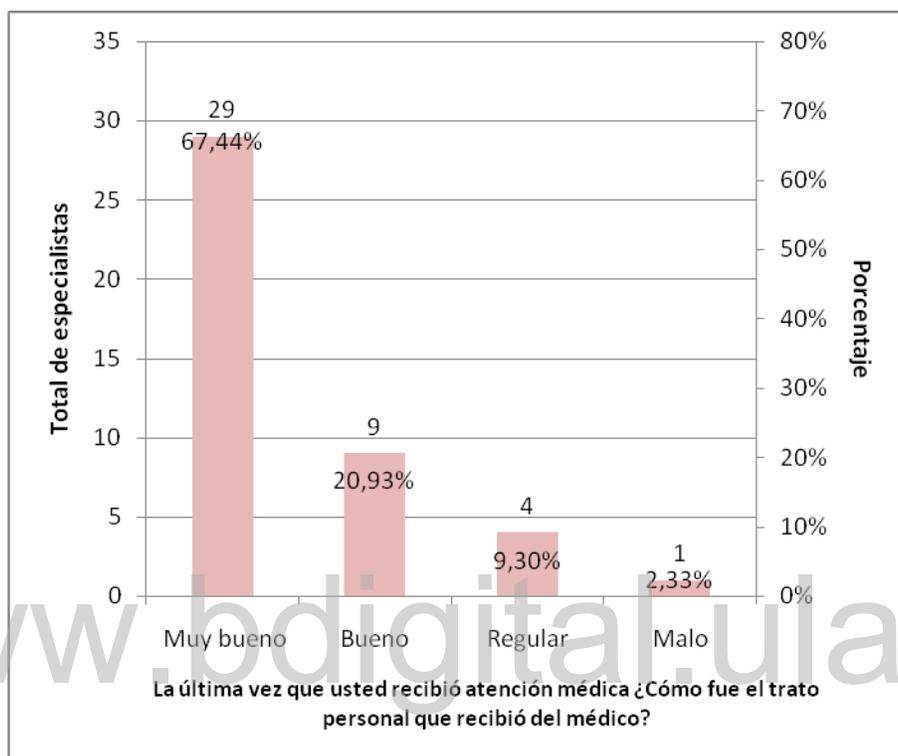
Gráfico N° 1. Opinión de los especialistas sobre el trato personal que han recibido en general por los médicos a lo largo de su vida.



Fuente: Datos de la investigación.

Sobre la opinión de los especialistas en el trato personal que recibió del galeno en la última atención médica, se tiene que el 67,44% consideró el trato como muy bueno, 20,93% bueno, 9,30% regular y 2,33% malo (ver gráfico N° 2).

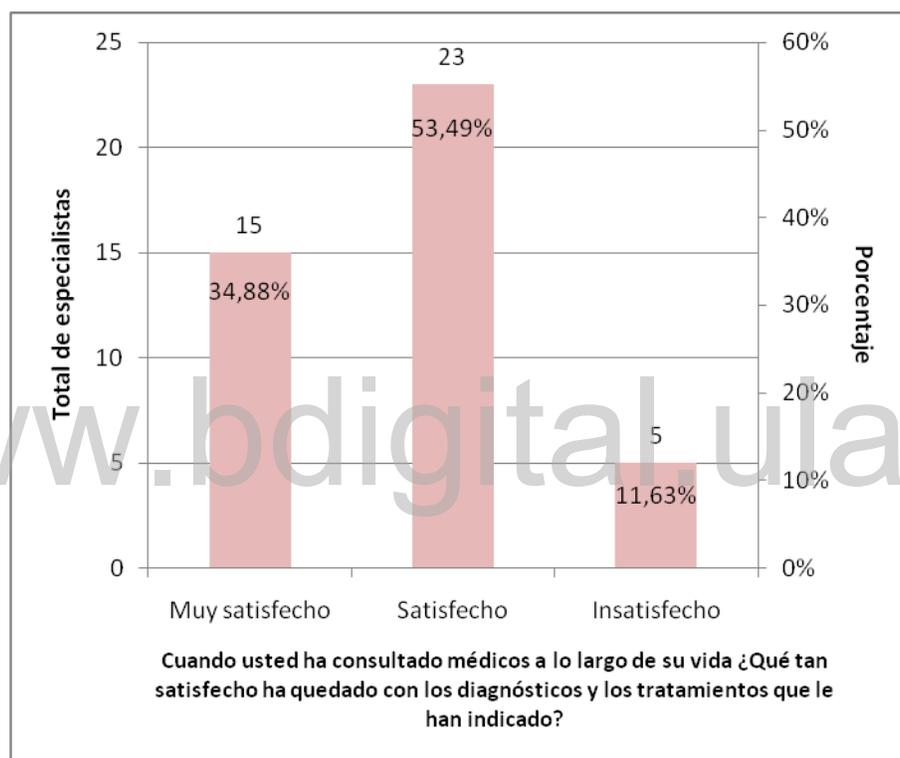
Gráfico N° 2. Opinión de los especialistas sobre el trato personal que han recibido del galeno en la última atención médica.



Fuente: Datos de la investigación.

En cuanto al nivel de satisfacción de los especialistas con relación al diagnóstico y tratamiento que le han indicado a lo largo de la vida, se tiene que el 34,88% está muy satisfecho, 53,49% satisfecho y 11,63% insatisfecho (ver gráfico N° 3).

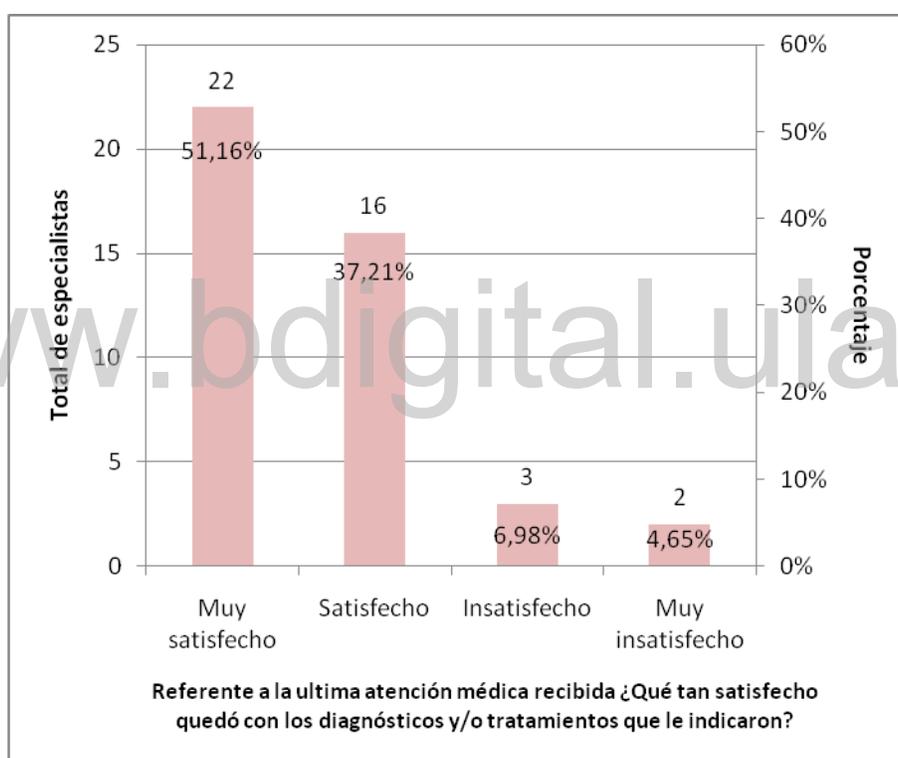
Gráfico N° 3. Nivel de satisfacción de los especialistas con relación al diagnóstico y tratamiento que le han indicado a lo largo de la vida.



Fuente: Datos de la investigación.

El nivel de satisfacción de los especialistas con relación al diagnóstico y tratamiento que recibieron en la última atención médica muestra 51,16% muy satisfecho, 37,21% satisfecho, 6,98% insatisfecho y 4,65% muy insatisfecho (ver gráfico N° 4).

Gráfico N° 4. Nivel de satisfacción de los especialistas con relación al diagnóstico y tratamiento que recibieron en la última atención médica.



Fuente: Datos de la investigación.

Comparación de las experiencias de los especialistas como pacientes en el trato, diagnóstico y tratamiento en la atención médica.

Se empleó la prueba de homogeneidad basada en el estadístico chi-cuadrado para comparar la proporción dentro de cada especialidad con respecto a las opiniones y nivel de satisfacción sobre las experiencias en el trato, diagnóstico y tratamiento en la atención médica. Al comparar las proporciones dentro de cada especialidad no se observaron diferencias significativas en las opiniones y nivel de satisfacción sobre las experiencias del trato, diagnóstico y tratamiento en la atención médica (ver cuadro N° 2), sin embargo, se describe a continuación las proporciones observadas en cada grupo:

La opinión sobre el trato personal que han recibido en general por los médicos a lo largo de su vida, lo califican como muy bueno el 58,33% de los psiquiatras y 47,36% de los cardiólogos, bueno el 33,33% los psiquiatras y 36,84% los cardiólogos, regular 8,33% los psiquiatras y 15,80% los cardiólogos. En cuanto al nivel satisfacción sobre el diagnóstico y tratamiento a lo largo de la vida se tiene muy satisfecho 33,33% psiquiatras y 36,84% cardiólogos, satisfecho 58,33% psiquiatras y 47,36% cardiólogos, insatisfechos 8,33% psiquiatras y 15,80% cardiólogos.

En relación al trato recibido en la última atención médica se tiene que fue calificada como muy bueno en 75% de los psiquiatras y 57,89% de los cardiólogos, bueno 20,83% psiquiatras y 21,05% cardiólogos, regular 4,17 psiquiatras y 15,79% cardiólogos, malo el 5,26% de los cardiólogos. Para la última atención médica se tiene que el nivel de satisfacción fue de muy satisfecho 58,33% psiquiatras y 42,11% cardiólogos, satisfecho 37,50% psiquiatras y 36,84%

cardiólogos, insatisfecho 4,17% psiquiatras y 10,53% cardiólogos, muy insatisfecho solo en los cardiólogos 10,53%.

Cuadro N° 2. Comparación de las experiencias de los especialistas como pacientes en el trato, diagnóstico y tratamiento en la atención médica.

Experiencia en el trato, diagnóstico y tratamiento	Especialidad médica		P
	Psiquiatra	Cardiólogo	
	n (%)	n (%)	
Consulta médica a lo largo de la vida			
¿Cómo ha sido el trato personal que ha recibido en general de los médicos?			
Muy bueno	14 (58,33%)	9 (47,36%)	0,677
Bueno	8 (33,33%)	7 (36,84%)	
Regular	2 (8,33%)	3 (15,80%)	
¿Qué tan satisfecho ha quedado con los diagnósticos y los tratamientos que le han indicado?			
Muy satisfecho	8 (33,33%)	7 (36,84%)	0,677
Satisfecho	14 (58,33%)	9 (47,36%)	
Insatisfecho	2 (8,33%)	3 (15,80%)	
Última atención médica			
¿Cómo fue el trato personal que recibió del médico?			
Muy bueno	18 (75,00%)	11 (57,89%)	0,300
Bueno	5 (20,83%)	4 (21,05%)	
Regular	1 (4,17%)	3 (15,79%)	
Malo	0 (0,00%)	1 (5,26%)	
¿Qué tan satisfecho quedó con los diagnósticos y/o tratamientos que le indicaron?			
Muy satisfecho	14 (58,33%)	8 (42,11%)	0,218
Satisfecho	9 (37,50%)	7 (36,84%)	
Insatisfecho	1 (4,17%)	2 (10,53%)	
Muy insatisfecho	0 (0,00%)	2 (10,53%)	

Nota: *Prueba de homogeneidad basada en el estadístico Chi-cuadrado y razón de verosimilitudes.

Fuente: Datos de la investigación.

Se comparó la proporción dentro de cada especialidad con respecto a las opiniones y nivel de satisfacción sobre las experiencias en el trato, diagnóstico y tratamiento en la atención médica según la edad de los especialistas, donde se desagregaron en función de la mediana de edad la cual fue de 55 años.

Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas en la proporción de especialistas mayores a 55 años con P (0,018) con respecto al trato del personal médico en la última atención médica, donde valoraron como muy bueno en 100% de los psiquiatras y 50% de los cardiólogos, bueno 30% de los cardiólogos y regular 20% de los cardiólogos, es decir, los cardiólogos están un poco menos conforme en el trato que los psiquiatras. (Ver cuadro N° 3)

Cuadro N° 3. Comparación de las experiencias de los especialistas como pacientes en el trato, diagnóstico y tratamiento en la atención médica según grupo de edad.

Experiencia en el trato, diagnóstico y tratamiento según grupo de edad	Especialidad médica		P
	Psiquiatra	Cardiólogo	
Última atención médica			
¿Cómo fue el trato personal que recibió del médico?			
≤ 55 años (n (%))			
Muy bueno	9 (60,00%)	6 (66,67%)	0,336
Bueno	5 (33,33%)	1 (11,11%)	
Regular	1 (6,67%)	1 (11,11%)	
Malo	0 (0,00%)	1 (11,11%)	
> 55 años (n (%))			
Muy bueno	9 (100,00%)	5 (50,00%)	0,018*
Bueno	0 (0,00%)	3 (30,00%)	
Regular	0 (0,00%)	2 (20,00%)	

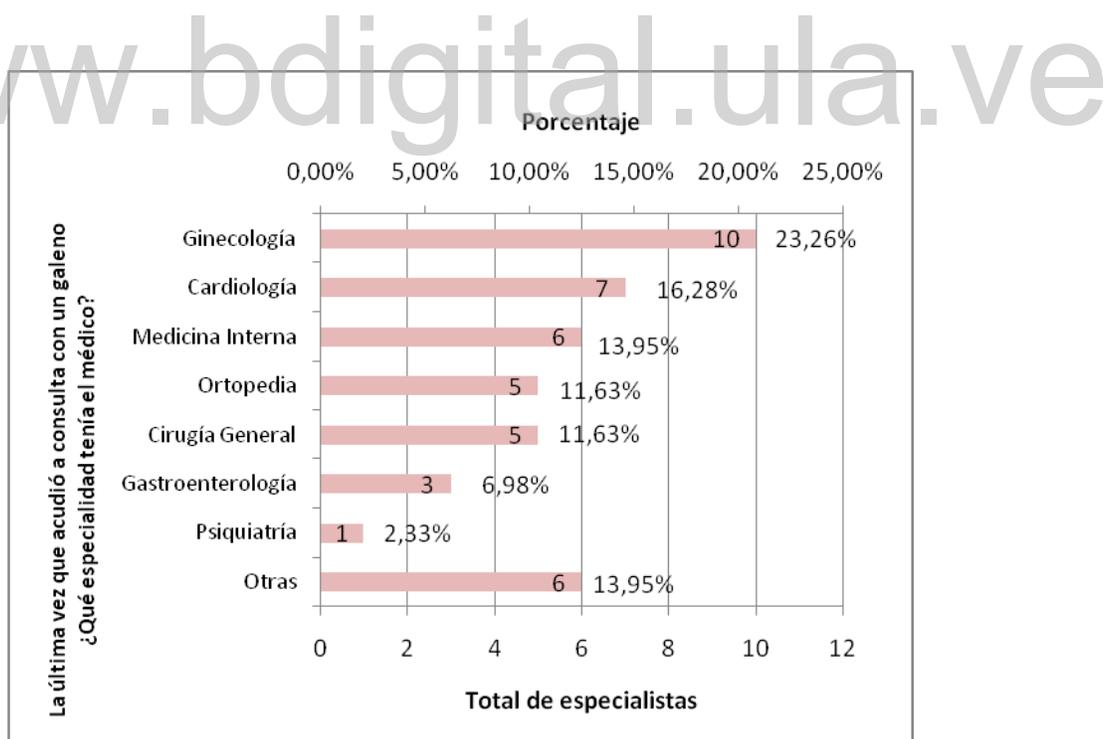
Nota: * diferencias significativas en la proporción de cada especialidad médica $P < 0,05$; Prueba de homogeneidad basada en el estadístico Chi-cuadrado y razón de verosimilitudes.

Fuente: Datos de la investigación.

Especialidad de la última consulta.

En la última consulta que acudieron los especialistas en rol de pacientes las especialidades más frecuentes fueron ginecología 23,26%, cardiología 16,28%, 13,95% medicina interna, 11,63% ortopedia e igual porcentaje cirugía general, 6,98% gastroenterología, 2,33% psiquiatría y 13,95% otras especialidades. (Ver gráfico N° 5)

Gráfico N° 5. Especialidad a la que acudieron los especialistas como pacientes en la última atención médica.



Fuente: Datos de la investigación.

En cuanto al sexo del médico que les atendió se tiene que en su gran mayoría fueron del sexo masculino con 62,50% en psiquiatras y 73,68% en cardiólogos, del femenino se tiene 37,50% psiquiatras y 26,32% cardiólogos. (Ver cuadro N° 4)

Cuadro N° 4. Sexo del médico al que acudieron los especialistas como pacientes en la última atención médica.

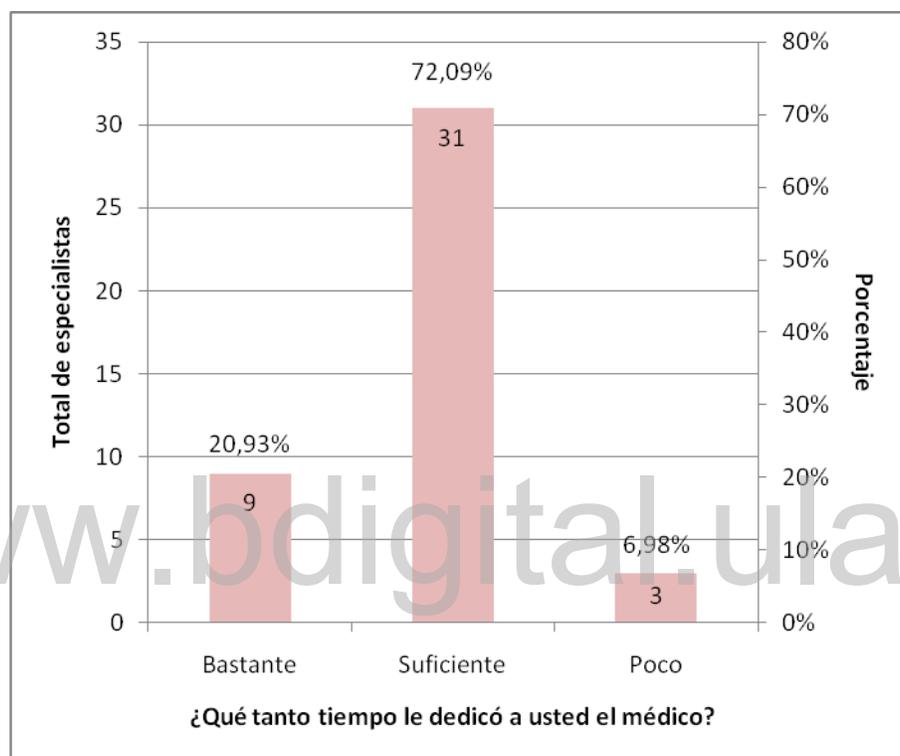
Sexo del médico	Especialidad médica		P
	Psiquiatra	Cardiólogo	
	n (%)	n (%)	
Masculino	15 (62,50%)	14 (73,68%)	0,523
Femenino	9 (37,50%)	5 (26,32%)	

Nota: Prueba de homogeneidad basada en el estadístico Chi-cuadrado y razón de verosimilitudes.

Fuente: Datos de la investigación.

En cuanto a la valoración de los especialistas como pacientes sobre el tiempo que dedicó el médico tratante, el 20,93% lo consideró bastante, 72,09% suficiente y 6,98% poco. (Ver gráfico N° 6)

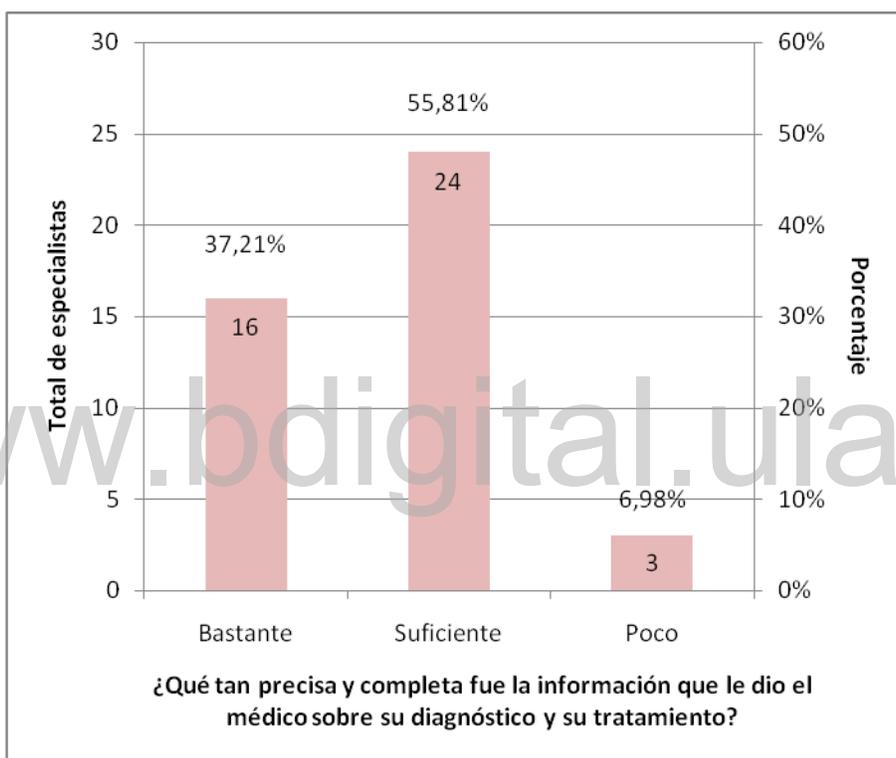
Gráfico N° 6. Valoración de los especialistas pacientes sobre el tiempo que dedicó el médico en la última consulta clínica.



Fuente: Datos de la investigación.

En relación a la valoración de los especialistas como pacientes, sobre la información ofrecida por el médico tratante sobre el diagnóstico y tratamiento, el 37,21% la consideró bastante, 55,81% suficiente y 6,98% poco. (Ver gráfico N° 7)

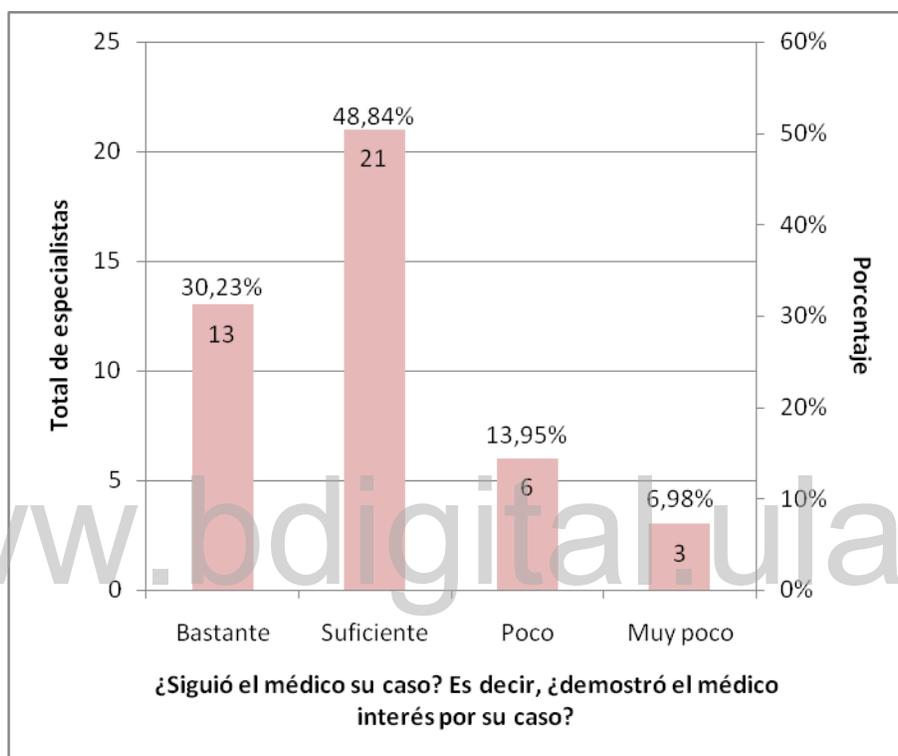
Gráfico N° 7. Valoración de los especialistas como pacientes de la información brindada por el médico sobre el diagnóstico y tratamiento en la última consulta clínica.



Fuente: Datos de la investigación.

En cuanto a la valoración de los especialistas como pacientes sobre el seguimiento e interés del médico, el 30,23% lo calificó como bastante, 48,84% suficiente, 13,95% poco y 6,98% muy poco. (Ver gráfico N° 8)

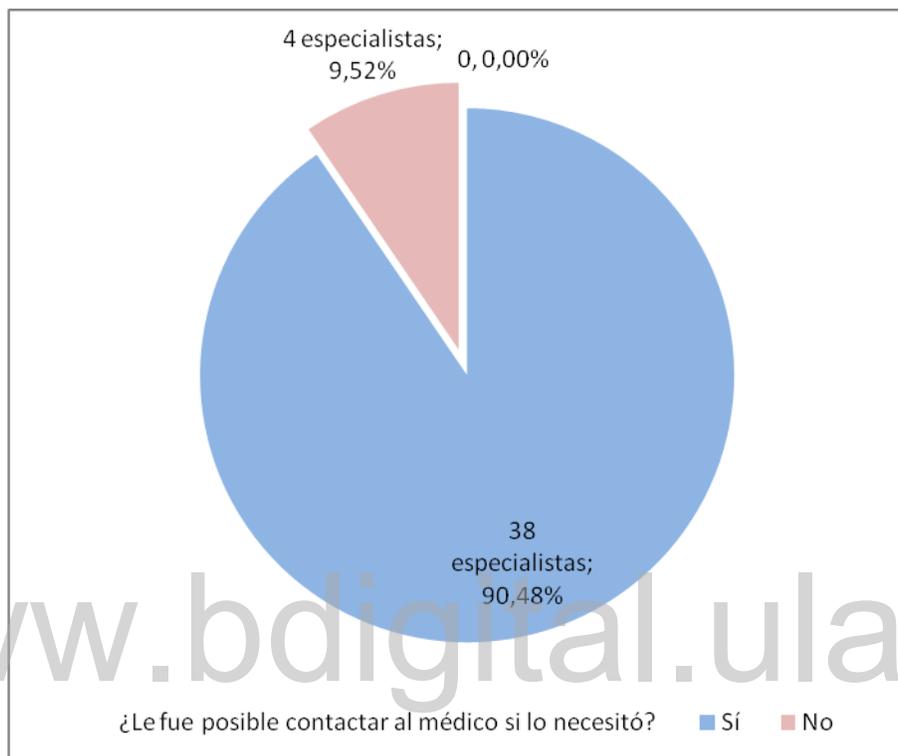
Gráfico N° 8. Valoración de los especialistas pacientes del seguimiento e interés del médico tratante en la última consulta clínica.



Fuente: Datos de la investigación.

Al ser consultados los especialistas en su rol de pacientes sobre contactar al médico tratante en caso de necesitarlo, el 90,48% declaró que si y 9,52% manifestó que no (ver gráfico N° 9).

Gráfico N° 9. Distribución de los especialistas pacientes que necesitaron o no contactar al médico tratante.



Fuente: Datos de la investigación.

En cuanto a la valoración de los especialistas como pacientes sobre las veces que lograron contactar al médico tratante, el 23,68% declaró que bastante, 63,16% suficiente y 13,16% poco (Ver gráfico N° 10).

Gráfico N° 10. Valoración de los especialistas pacientes de las veces que lograron contactar al médico tratante.



Fuente: Datos de la investigación.

Comparación de la relación médico-paciente entre psiquiatras y cardiólogos como pacientes.

Para comparar la proporción dentro de cada especialidad con respecto a la relación médico-paciente que comprende tiempo del médico, información sobre diagnóstico y tratamiento, seguimiento e interés del caso y contacto con el médico en caso de necesitarlo, se empleó la prueba de homogeneidad basada en el estadístico Chi-cuadrado.

Con $P(0,021)$ se observó diferencias significativas en la proporción de psiquiatras y cardiólogos con respecto a si la información recibida por el médico sobre el diagnóstico y tratamiento fue precisa y completa, donde la proporción de los que respondieron que la información fue bastante es de 50% en psiquiatras y 21,05% cardiólogos, suficiente se tiene 50% psiquiatras y 63,16% cardiólogos, y poco ningún caso de psiquiatras y 15,79% en cardiólogos, es decir, los cardiólogos están menos conformes que los psiquiatras sobre la información suministrada por el médico sobre el diagnóstico y tratamiento (Ver cuadro N° 5).

Por otra parte aunque no se observaron diferencias en los demás aspectos de la relación médico-paciente, es importante señalar que para el tiempo que dedico el médico a los especialistas como pacientes, este presentó un valor de $P(0,067)$ el cual se encuentra cerca del área de rechazó de la prueba, por tanto se describe los resultados observados; las proporciones de los que respondieron que el tiempo dedicado fue bastante en 25% psiquiatras y 15,79% cardiólogos, suficiente , 75% psiquiatras y 68,42% cardiólogos, poco solo cardiólogos con el 15,79%.

Cuadro N° 5. Comparación de la relación médico-paciente entre psiquiatras y cardiólogos como pacientes.

Aspectos de la relación médico paciente	Especialidad médica		P
	Psiquiatra	Cardiólogo	
	n (%)	n (%)	
¿Qué tanto tiempo le dedicó a usted el médico?			
Bastante	6 (25,00%)	3 (15,79%)	0,067
Suficiente	18 (75,00%)	13 (68,42%)	
Poco	0 (0,00%)	3 (15,79%)	
¿Qué tan precisa y completa fue la información que le dio el médico sobre su diagnóstico y su tratamiento?			
Bastante	12 (50,00%)	4 (21,05%)	0,021*
Suficiente	12 (50,00%)	12 (63,16%)	
Poco	0 (0,00%)	3 (15,79%)	
¿Siguió el médico su caso? Es decir, ¿demostró el médico interés por su caso?			
Bastante	8 (33,33%)	5 (26,32%)	0,757
Suficiente	11 (45,83%)	10 (52,63%)	
Poco	4 (16,67%)	2 (10,53%)	
Muy poco	1 (4,17%)	2 (10,53%)	
¿Le fue posible contactar al médico si lo necesitó?			
Sí	20 (86,96%)	18 (94,74%)	0,613
No	3 (13,04%)	1 (5,26%)	
Si le fue posible, que tanto pudo estar en contacto con el médico:			
Bastante	6 (30,00%)	3 (16,67%)	0,573
Suficiente	12 (60,00%)	12 (66,67%)	
Poco	2 (10,00%)	3 (16,67%)	

Nota: * diferencias significativas en la proporción de cada especialidad médica $P < 0,05$; Prueba de homogeneidad basada en el estadístico Chi-cuadrado y razón de verosimilitudes.

Fuente: Datos de la investigación.

Al comparar la proporción dentro de cada especialidad con respecto a la relación médico-paciente desagregada por grupo de edad, se observó diferencias significativas con $P(0,036)$ para la proporción de especialistas menores o iguales a 55 años con relación al tiempo que le dedico el médico, donde calificaron como bastante tiempo el 20% de los psiquiatras y 11,11% de los cardiólogos, suficiente el 80% de los psiquiatras y 55,56% de los cardiólogos y poco 33,33% de los cardiólogos; asimismo, se observó diferencias significativas en la proporción de los especialistas mayores a 55 años con $P(0,044)$ con respecto al contacto que tuvo con el médico, donde bastante fue de 50% en psiquiatras y 10% en cardiólogos, suficiente 50% en psiquiatras y 60% en cardiólogos y poco 30% en cardiólogos. (ver cuadro N° 6)

www.bdigital.ula.ve

Cuadro N° 6. Comparación de la relación médico-paciente entre psiquiatras y cardiólogos como pacientes según grupo de edad.

Aspectos de la relación médico paciente según grupo de edad	Especialidad médica		P
	Psiquiatra	Cardiólogo	
¿Qué tanto tiempo le dedicó a usted el médico?			
≤ 55 años (n (%))			
Bastante	3 (20,00%)	1 (11,11%)	0,036*
Suficiente	12 (80,00%)	2 (55,56%)	
Poco	0 (0,00%)	3 (33,33%)	
> 55 años (n (%))			
Bastante	3 (33,33%)	2 (20,00%)	0,628
Suficiente	6 (66,67%)	8 (80,00%)	
Si le fue posible, que tanto pudo estar en contacto con el médico:			
≤ 55 años (n (%))			
Bastante	2 (16,67%)	2 (25,00%)	0,324
Suficiente	8 (66,67%)	6 (75,00%)	
Poco	2 (16,67%)	0 (0,00%)	
> 55 años (n (%))			
Bastante	4 (50,00%)	1 (10,00%)	0,044*
Suficiente	4 (50,00%)	6 (60,00%)	
Poco	0 (0,00%)	3 (30,00%)	

Nota: * diferencias significativas en la proporción de cada especialidad médica $P < 0,05$; Prueba de homogeneidad basada en el estadístico Chi-cuadrado y razón de verosimilitudes.

Fuente: Datos de la investigación.

Trato y eficiencias de los médicos tratantes.

En cuanto al trato y eficiencia de los médicos tratantes, se presenta de manera descriptiva lo que ha gustado, disgustado y cambiarían los psiquiatras y cardiólogos en su rol de pacientes, dada las múltiples respuestas no es posible realizar pruebas de inferencia, así como de análisis multifactoriales

En relación a lo que le ha gustado podemos caracterizar los siguiente: tanto psiquiatras (12,50%) como cardiólogos (15,79%) les gusta la camaradería o compañerismo con los colegas; a los cardiólogos le ha gustado más el esfuerzo por realizar un buen diagnóstico y manejo (15,79%), comunicación (10,53%), asertividad (10,53%), prioridad en la atención (10,53%) entre los más relevante, mientras que los psiquiatras les gusta más los conocimientos académicos (16,67%), tiempo dedicado a la explicación del diagnóstico (16,67%), examen físico completo (8,33%), técnicas o habilidades profesionales (8,33%), calidad en la interacción personal (8,33%), equidad en el tiempo empleado con respecto a otros pacientes (8,33%) entre otros (Ver cuadro N° 7).

Cuadro N° 7. Comparación de lo que ha gustado a los psiquiatras y cardiólogos como pacientes de los médicos tratantes.

¿Cómo ha sido el trato y la eficiencia de los médicos (tratantes) en general? ¿Qué le ha gustado más?	Especialidad médica	
	Psiquiatra	Cardiólogo
	n (%)	n (%)
Camaradería o compañerismo con colega	3 (12,50%)	3 (15,79%)
Esfuerzo por realizar un buen diagnóstico y manejo	1 (4,17%)	3 (15,79%)
Comunicación	1 (4,17%)	2 (10,53%)
Asertividad	0 (0,0%)	2 (10,53%)
Prioridad en la atención	0 (0,0%)	2 (10,53%)
Conocimientos académicos	4 (16,67%)	1 (5,26%)
Examen físico completo	2 (8,33%)	1 (5,26%)
Técnica o habilidades profesionales	2 (8,33%)	1 (5,26%)
Atención esmerada	1 (4,17%)	1 (5,26%)
Competencia	1 (4,17%)	1 (5,26%)
Nada	0 (0,0%)	1 (5,26%)
Precisión en los diagnósticos	0 (0,0%)	1 (5,26%)
Tiempo dedicado a la explicación del diagnóstico	4 (16,67%)	0 (0,0%)
Calidad en la interacción personal	2 (8,33%)	0 (0,0%)
Equidad en el tiempo dedicado con respecto a otros pacientes	2 (8,33%)	0 (0,0%)
Forma de transmitir la información	1 (4,17%)	0 (0,0%)

Fuente: Datos de la investigación.

En un alto porcentaje de psiquiatras (54,17%) y cardiólogos (47,37%) declararon que nada ha disgustado del médico tratante, sin embargo, en los cardiólogos se observó insatisfacción en mayor parte por el poco tiempo dedicado (15,79%), atención superficial (10,53%), no realizar examen físico (10,53%) entre otros; en los psiquiatras la insatisfacción fue la suposición de su colega que al ser médicos no tienen dudas respecto al diagnóstico y tratamiento (16,67%), prepotencia (8,33%), entre otros (Ver cuadro N° 8).

Cuadro N° 8. Comparación de lo que ha disgustado a los psiquiatras y cardiólogos como pacientes de los médicos tratantes.

¿Cómo ha sido el trato y la eficiencia de los médicos (tratantes) en general? ¿Qué le ha disgustado más?	Especialidad médica	
	Psiquiatra	Cardiólogo
	n (%)	n (%)
Nada	13 (54,17%)	9 (47,37%)
Poco tiempo dedicado	1 (4,17%)	3 (15,79%)
Atención superficial	0 (0,00%)	2 (10,53%)
No realizar examen físico	0 (0,00%)	2 (10,53%)
Apatía o indiferencia	1 (4,17%)	1 (5,26%)
Dar todo sobreentendido	1 (4,17%)	1 (5,26%)
Tener que ocultar que son médicos para recibir una mejor atención	0 (0,00%)	1 (5,26%)
Suponer que al ser médicos no tienen dudas respecto al diagnóstico y tratamiento	4 (16,67%)	0 (0,00%)
Prepotencia	2 (8,33%)	0 (0,00%)
Inseguridad de médicos recientemente graduados	1 (4,17%)	0 (0,00%)
Interrogar si se tiene seguro médico en caso de intervención quirúrgica	1 (4,17%)	0 (0,00%)

Fuente: Datos de la investigación.

En relación a lo que se debería cambiar un grupo importante de psiquiatras (29,17%) y cardiólogos (26,32%) consideran que nada de cambiarse, también se observó en los cardiólogos que algunos sugieren descartar la condición de médico y asegurar anamnesis y examen físico

completo (31,58%), el concepto de que el médico no se enferma (15,79%), impuntualidad (10,53%), entre otros; en los psiquiatras se tiene que estos cambiarían principalmente ampliar en pre y postgrado información respecto a la relación M-P (16,67%), humanización de la relación medico paciente(16,67%), citas en horarios fijos (8,33%), descartar la condición de médico y asegurar anamnesis y examen físico completo (8,33%), entre otros (ver cuadro N° 9).

Cuadro N° 9. Comparación de lo que se debería cambiar de los médicos tratantes de acuerdo a los psiquiatras y cardiólogos como pacientes. Unidad de Psiquiatría del IAHULA. Año 2017.

¿Cómo ha sido el trato y la eficiencia de los médicos (tratantes) en general? ¿Qué piensa usted debería cambiarse?	Especialidad médica	
	Psiquiatra n (%)	Cardiólogo n (%)
Descartar la condición de médico y asegurar anamnesis y examen físico completo	2 (8,33%)	6 (31,58%)
Nada	7 (29,17%)	5 (26,32%)
Concepto de que el médico no se enferma	0 (0,00%)	3 (15,79%)
Impuntualidad	1 (4,17%)	2 (10,53%)
Mejorar comunicación	1 (4,17%)	1 (5,26%)
Aumentar el tiempo de atención	0 (00%)	1 (5,26%)
Mala actitud al momento del examen físico	0 (00%)	1 (5,26%)
Ampliar en pre y postgrado información respecto a la relación M-P	4 (16,67%)	0 (00%)
Humanización de la relación medico paciente	4 (16,67%)	0 (00%)
Citas en horarios fijos	2 (8,33%)	0 (00%)
Prioridad en la atención	1 (4,17%)	0 (00%)
Sistematización de seguro médico para evitar incomodidad de pago de honorarios	1 (4,17%)	0 (00%)
Trato del médico (paciente) como ser integral.	1 (4,17%)	0 (00%)

Fuente: Datos de la investigación.

7. DISCUSION

El objetivo fundamental de esta investigación fue conocer la opinión de los psiquiatras y cardiólogos en su experiencia al ser atendidos como pacientes por otro galeno, al ser dos especialidades que se contrastan notoriamente en su área de desempeño; al explorar aspectos tan diferentes del ser humano como lo subjetivo - objetivo, emocional -cognitivo, los aspectos relacionales - técnicos, y a su vez profundizar acerca de la relación médico-paciente que se desarrolla en cada atención.

El porcentaje de respuesta fue muy bajo. Desconocemos la razón de tal fenómeno.

En los antecedentes de estudios llevados a cabo por Delgado y cols, acerca temas relacionados, se evidenció en el primer estudio “El Galeno Enfermo y su Médico Tratante:

¿Cómo Perciben su Relación Profesional?, que la mayoría de los sujetos identificaron una percepción favorable de la Relación Médico-Paciente por parte de sus colegas aunque se presentó una minoría como desfavorable.

En este estudio se evidenció que el 88.37 % de los especialistas considera que el trato personal que han recibido en general por los médicos a lo largo de su vida ha sido entre muy bueno-bueno, lo cual corresponde a los hallazgos de la investigación antes mencionada.

Otro estudio realizado por los mismos autores en el año 2011: “Percepción de los médicos y sus parejas sobre el trato recibido durante la consulta con otro facultativo en Mérida- Venezuela” se evidencio que los especialistas masculinos y sus parejas presentaron la menor frecuencia de satisfacción en su experiencia a lo largo de la vida como pacientes, mostrando que la percepción del trato recibido tenia diferencias según sexo y status profesional de los participantes. En la investigación de Chen y cols (2003) no se indagó en la influencia del sexo, por lo cual solo se cuenta con el estudio de Delgado y cols como antecedente de esta asociación.

En esta investigación se evidenció que la mayoría de especialistas en las dos áreas descritas tienen una opinión favorable en su experiencia como pacientes, sin embargo se registran opiniones de insatisfacción en un bajo porcentaje, respecto al sexo de los participantes de la muestra, esta proporción fue estadísticamente diferente (25 mujeres y 18 hombres) por lo cual esta variable no se utilizó para inferencia.

En el último estudio realizado por Delgado y cols 2010-2013 “ Satisfacción de los galenos y sus parejas de la atención médica recibida comparación con la población general de Mérida” mostró que al comparar la opinión de galenos como pacientes y la población general , se evidenciaban diferencias en la opinión de los participantes respecto a la atención medica recibida siendo esta mejor en la población general que en el gremio médico, lo cual deja claro la necesidad de profundizar los posibles factores que intervienen para que la relación entre colegas sea de mejor calidad.

Un hallazgo de esta investigación respecto al sexo del galeno tratante, muestra un mayor porcentaje del masculino, a diferencia de la investigación anterior donde se distribuyeron uniformemente ambos sexos.

En la presente investigación se observaron diferencias entre psiquiatras y cardiólogos en los componentes necesarios para establecer la relación médico-paciente adecuada, dentro de los cuales es relevante mencionar aspectos tales como: si la información recibida por el médico sobre el diagnóstico y tratamiento fue precisa y completa, mostrándose los cardiólogos menos conformes, e igualmente con el tiempo que el galeno tratante les dedicó.

Respecto a las edades la investigación muestra que partiendo de la mediana de 55 años, los psiquiatras de edad igual o menor de 55 se encuentran más satisfechos con el tiempo que dedicó el galeno tratante que los cardiólogos.

En los mayores de 55 años se encontró que los cardiólogos presentaron una opinión menos favorable en relación al contacto con el médico tratante en comparación con los psiquiatras. Mientras que en estudios previos no hay relación descrita entre edades y nivel de satisfacción de la atención recibida.

Referente al trato recibido se evidenciaron múltiples respuestas acerca de los aspectos que más le han gustado en la atención, por lo cual no fue posible realizar pruebas de inferencia en la muestra sin embargo destacan en ambos grupos respuestas como: Camaradería o compañerismo con colega y esfuerzo por realizar un buen diagnóstico y manejo.

Finalmente la mayoría de los especialistas de la muestra no cambiarían nada en la atención médica recibida por un galeno.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Los resultados de esta investigación, muestran la necesidad de continuar con el estudio y líneas de investigación que permitan identificar y aclarar las diferencias observadas entre las opiniones de la relación médico - paciente generadas a lo largo de la experiencia del individuo como paciente, apoyándose en los estudios previos realizados donde se evidencia que existen aspectos desfavorables que interfieren en el adecuado desarrollo de una relación la cual es una de las más antiguas y maltratada en diferentes aspectos, ya sean de tipo personal, académico o administrativo.

2. La persistencia de aspectos desfavorables respecto a las diferentes áreas del acto médico y la relación médico-paciente, hace necesario continuar con la elaboración de estrategias, para fortalecer la formación integral del médico partiendo de la educación académica hasta la práctica clínica, idealmente de forma continua.

3. Partiendo de las comparaciones entre las diferentes áreas de especialidades que participaron en la presente investigación, y los estudios previos, se debe tener en cuenta que en el ser humano no existen diferencias cuando demandan una atención con calidad y respeto, donde se valore el individuo como un ser integral que requiere atención ética y científica en el momento que lo necesite.

4. Es recomendable examinar los aspectos reportados en este estudio que indican cuales son las falencias que se presentan en la atención medica, y también fortalecer aquellos aspectos que mejoran la relación médico –paciente.

5. Es relevante ampliar la información acerca de las diferencias de opiniones en los grupos etarios y según el sexo acerca de la relación médico-paciente, esto permitiría enriquecer los

diferentes aspectos que se deben tener en cuenta y priorizar según las expectativas de los pacientes.

6. Este estudio debe reproducirse, ampliarse y difundirse tomando en cuenta los hallazgos descritos para fortalecer la formación de los estudiantes de pregrado de medicina y reforzar la óptima atención de los médicos generales y especialistas de diferentes áreas.

www.bdigital.ula.ve

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) González R. Menéndez. La relación médico-paciente y su significado en la formación profesional. Revistas medicas cubanas (internet). 2003;(citado 18 julio 2015); 17(4).
Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_4_03/ems02403.htm

- (2) Pérez, M. El médico paciente. En prensa. 2006; España(citado 18 julio 2015); Disponible en: http://elpais.com/diario/2006/04/16/eps/1145168807_850215.html

- (3) Wastzlawick P, Beavin J, y Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Barcelona, España , HERDER; 1985

- (4) Sadock B, Sadock V, y cols. Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría. Baltimore, EE.UU, LIPPINCOTT WILLIANS & WILKINS; 2009.pag. 1-11

- (5) Psicoterapeutas.eu (internet).España: psicoterapeutas; 2010 (citado 16 de marzo 2016)
¿Qué es rapport?Disponible en: <http://psicoterapeutas.eu/?s=rappport>

- (6) Psicopedagogía.com (internet).España: Psicopedagogía; 2016(citado 16 de marzo 2016)
definición de empatía. Disponible en :
<http://www.psicopedagogia.com/definicion/empatia>

(7) Carrera JM. Evolución de la relación Médico-Paciente.

Monografías(internet).2005(citado 16 de marzo 2016).Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos16/medico-paciente/medico-paciente.shtml>

(8) Flores F. Relación Médico-Paciente.(internet);Perú ;2008(actualizado 28 sep 2008;citado 18 de julio 2015),Disponible en:

<http://medicinaunp2008.blogspot.com/2008/09/relacion-medico-paciente.html>.

(9) Di Salvo H. La Relación Médico-Paciente, su importancia actual. Praxis médica.(internet).2008.(citado 13 sep2015);2(9).Disponible en:

<http://www.medicos-municipales.org.ar/brpye0608.htm>

(10)Delgado H. El Galeno Enfermo y su Médico Tratante: ¿Cómo Perciben su Relación Profesional? Mérida, Venezuela, 2010 (tesis especialista en psiquiatría) Mérida-Venezuela: Universidad de los Andes.

(11)Delgado H, Salcedo R, Uzcátegui E, Baptista T. Percepción de los médicos y sus parejas sobre el trato recibido durante la consulta con otro facultativo en Mérida, Venezuela.

Archivos Venezolanos de Neurología y psiquiatría. 2013; 59 (Enero-Junio), 19-26.

(12) Delgado H, Salcedo R. Satisfacción de los galenos y sus parejas de la atención médica recibida comparación con la población general de Mérida, Venezuela. 2010 – 2013

(13) Chen JY, Tse EY, Lam TP, Li DK, Chao DV, Kwan CW. Doctors' personal health care choices: A cross-sectional survey in a mixed public/private setting. BMC Public Health. 2008; 8: 183-190.

(14) Beltrán R, Guerra C, Zapata V. Cuando el médico se transforma en paciente. Las T.M.O de la biótica.(internet).2014.(citado 13 sep 2015).Disponible en :

<http://www.paula.cl/entrevista/cuando-el-medico-se-transforma-en-paciente/>

(15) Baptista T. Acreditación como médico especialista. Guías básicas para elaborar el proyecto de tesis. Mérida: Universidad de los Andes Vicerrectorado Académico CODEPRE en coedición con Organon Venezolana S.A, 2007.

ANEXO

Opinión de médicos psiquiatras y cardiólogos como pacientes en la atención recibida por otros galenos

República Bolivariana de Venezuela

Universidad de los Andes

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

Unidad de Psiquiatría

Mérida, Venezuela

INSTRUMENTO PARA APLICAR A LOS MÉDICOS

Estimado Doctor:

El presente instrumento tiene por finalidad obtener información sobre “**El Galeno Enfermo y su Médico Tratante: ¿Cómo Perciben su Relación Profesional?**”, a tal efecto se le agradece su valiosa colaboración al responder con sinceridad cada una de las preguntas que a continuación se formulan, todas sus respuestas serán de utilidad y se manejarán confidencialmente.

El cuestionario es unidireccional:

- Los ítems 1 al 12 están enfocados al su rol de paciente.

Seleccione la alternativa que considere conveniente.

Atentamente

Los investigadores: Autor: Dra. Karin Hazzel Santoyo Victoria
 Tutor: Dra. Heidy Delgado,

Cotutor: Dr. Trino batista

Por su colaboración muchas gracias

ESPECIALIDAD MÉDICA:

Psiquiatra

Cardiólogo

EDAD:

25 a 35 años

36 a 45 años

46 a 55 años

56 a 65 años

66 o más

SEXO:

Femenino

Masculino

Recuerde que los Ítems a continuación evalúan su rol como paciente

1. Cuando usted ha consultado médicos a lo largo de su vida ¿Cómo ha sido el trato personal que ha recibido en general de los médicos?

Muy bueno

Bueno

Regular

Malo

Muy malo

Indiferente

2. La **última** vez que usted recibió atención médica ¿Cómo fue el trato personal que recibió del médico?

Muy bueno

Bueno

Regular

Malo

Muy malo

Indiferente

3. Cuando usted ha consultado médicos a lo largo de su vida ¿Qué tan satisfecho ha quedado con los diagnósticos y los tratamientos que le han indicado?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

Muy insatisfecho

Indiferente

4. Referente a la última atención médica recibida ¿Qué tan satisfecho quedó con los diagnósticos y/o tratamientos que le indicaron?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

Muy insatisfecho

Indiferente

5. La última vez que acudió a consulta con un galeno ¿Qué especialidad tenía el médico?

Medicina Interna

Cirugía General

Endocrinología

Ginecología

Neumonología

Ortopedia

Psiquiatría

Cardiología

Dermatología

Gastroenterología

Otras

6. ¿cuál era el sexo del médico? M F

7. ¿Qué tanto tiempo le dedicó a usted el médico?

Bastante

Suficiente

Poco

Muy poco

8. ¿Qué tan precisa y completa fue la información que le dio el médico sobre su diagnóstico y su tratamiento?

Bastante

Suficiente

Poco

Muy poco

9. ¿Siguió el médico su caso? Es decir ¿demostró el médico interés por su caso?

Bastante

Suficiente

Poco

Muy poco

10 ¿Le fue posible contactar al médico si lo necesitó?

Si

No

11. Si le fue posible, que tanto pudo estar en contacto con el médico?

Bastante

Suficiente

Poco

Muy poco

12. En su opinión ¿cómo ha sido el trato y la eficiencia de los médicos (tratantes) en general?

a) ¿Qué le ha gustado más?

Asertividad

Camarería o compañerismo con colega

Comunicación

Conocimientos académicos

Disponibilidad al contactarlo telefónicamente

Equidad en el tiempo dedicado con respecto a otros pacientes

Examen físico completo

Calidad en la interacción personal

Atención esmerada

Competencia

Prioridad en la atención

Precisión en los diagnósticos

Tiempo dedicado a la explicación del diagnóstico

Técnica o habilidades profesionales

Esfuerzo por realizar un buen diagnóstico y manejo

Forma de transmitir la información

Hablar en los mismos términos

Seguimiento del caso

Nada

b) ¿Qué le ha disgustado más?

Nada

Apatía o indiferencia

Atención superficial

Prepotencia

Suponer que al ser médicos no tienen dudas respecto al diagnóstico y tratamiento

Dar todo sobreentendido

No realizar examen físico

Poco tiempo dedicado

Tener que ocultar que son médicos para recibir una mejor atención

Interrogar si se tiene seguro médico en caso de intervención quirúrgica

Inseguridad de médicos recientemente graduados

Inseguridad frente al colega

Atención al finalizar toda la consulta (dejarlo/a de último/a)

Contradicciones

Poca calidad humana

Poca anamnesis

Posponer citas por amistad

Pago de honorarios

b) ¿Qué piensa usted debería cambiarse?

Nada

Aumentar el tiempo de atención

- Descartar la condición de médico y asegurar anamnesis y examen físico completo
- Mejorar la comunicación
- Humanización de la relación medico paciente
- Citas en horarios fijos
- Idea de que el colega conoce su patología
- Ampliar en pre y postgrado información respecto a la relación M-P
- Mejorar el seguimiento del caso
- Concepto de que el médico no se enferma
- Mejorar comunicación
- Prejuicio de que un medico tiene más posibilidades de complicarse cumplir con principios éticos
- Día especial para atención de los médicos
- Evitar horarios de atención nocturna
- Impuntualidad
- Mala actitud al momento del examen físico
- Organización de la consulta
- Prioridad en la atención
- Sistematización de seguro médico para evitar incomodidad de pago de honorarios
- Trato del médico (paciente) como ser integral

Índice

10	1. Introducción	
10	1.1. Planteamiento del Problema	
11	1.2. Formulación del problema	
11	2. Justificación	
12	3. Objetivos	
12	3.1. Objetivo General	
12	3.2. Objetivos específicos	
12	4. Marco Referencial	
12	4.1. Marco conceptual	
12	4.1.1. Conceptos básicos	
16	4.1.2. Relación Médico-Paciente	
17	4.1.2.1 Características de la relación Médico-Paciente	
18	4.1.2.2. Modelos de relación Médico- Paciente	
19	4.1.3 Según el grado de participación	
20	4.1.4. Según el grado de personalización	
21	4.1.5. Según el objetivo de la relación	
22	4.2. Marco de antecedentes	
27	5. Marco Metodológico	
27	5.1 Hipótesis de investigación	

27	5.2. Tipo y diseño de investigación
28	5.3. Universo y muestra
29	5.4 Diseño de Variables
30	5.5 Análisis estadístico
31	6. Resultados
54	7. Discusión
57	8. Conclusiones y recomendaciones
59	9. Referencias bibliográficas
62	Anexo

www.bdigital.ula.ve