

LA HERENCIA DE HIPOCRATES: “EL PATERNALISMO GRABADO A FUEGO”

Antacle A., Ávila N., Aymat Rodríguez A., Bazán J., Farías V., Heredia V., Llapur Acosta M., Montarzino J., Ponce de León M., Puchulu M., Sylvester M.

Institución: Centro Médico de Atención Primaria Tucumán (Ce.M.A.P. Tucumán) de la Obra Social del Personal de la Construcción (O.S.Pe.Con) – San Miguel de Tucumán – Tucumán – Argentina.

Introducción: La Relación Médico-Paciente (RMP) se mantuvo sujeta a cambios evolutivos de la humanidad y su pensamiento. La Concepción Paternalista asigna al paciente incapacidad e innecesariedad en el proceso decisional de su salud. La teoría sistémica impone límites al modelo paternalista.

Objetivos: Conocer la Representación Social de médicos y pacientes del Ce.M.A.P. Tucumán, de lo que sería: un *Buen Médico* y un *Buen Paciente* respectivamente; conocer la Representación Social de la RMP para los médicos; e identificar acciones para fortalecer aspectos positivos de la RMP.

Metodología: Investigación cualitativa desde un abordaje sistémico, complementada con herramientas cuantitativas. Técnicas de recolección de datos: grupos focales, entrevistas semiestructuradas a médicos y diferencial semántico a médicos y pacientes.

Resultados-Conclusión: La Representación Social basada en el ideal teórico, de lo que es *un Buen Médico* fue: humano, amable, dedicado, responsable, experto, que escucha y confiado, y un *Buen Paciente*: respetuoso, educado, cumplido, sincero, responsable y que escucha. Observamos una brecha entre este ideal teórico y la realidad, por encontrarnos formando parte de un sistema homeostático, habiendo llevado adelante un cambio para que nada cambie (tipo 1), que impide desprendernos del modelo paternalista. Se mantiene la relación asimétrica. Se observa contundentemente el principio de Beneficencia, menos el de Justicia, y más desdibujado el de Autonomía. Hay modelos de RMP diferentes y pasibles de adaptación. Sería reduccionista pensar que solo el acto médico se debe modificar para lograr un cambio para que algo cambie (tipo 2). Hacen falta modificaciones profundas a nivel sociocultural, político, y económico.

MARCO TEORICO

En el día a día de un servicio de salud, se viven un sin fin de experiencias, pero sin duda alguna, la relación médico-paciente (RMP) continúa siendo un hecho dinámico, trascendente y hasta misterioso en la vida de las personas y las sociedades. Este vínculo, por ser una relación social, se mantuvo sujeto a los cambios evolutivos de la humanidad y su pensamiento, desde lo mágico predominante en las sociedades primitivas, hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales.¹

Desde el surgimiento de la medicina occidental, con Hipócrates, se gesta un enfoque naturalista de la relación médico-paciente, donde “lo bueno” se identificó con el orden natural y “lo malo” con el desorden.² Tal orden natural lleva a considerar al médico un sujeto activo que debía “hacer el bien” y al enfermo en un rol de pasividad absoluto obligado a “aceptar” las indicaciones del primero. Esta caracterización de la RMP que signó la ética médica, es hasta hoy denominada paternalismo médico.³

Esta concepción paternalista asigna al paciente una incapacidad e innecesariedad de su propia participación en el proceso decisional del tratamiento y sus resultados, al ignorar la autonomía del individuo en las decisiones relacionadas con su propia enfermedad.³

La teoría sistémica ha influido notablemente en el pensamiento del hombre actual, considera la persona como un ser relacional y autónomo que se inserta en un tejido de múltiples relaciones y permite ver a la relación clínica como recíproca. Esta nueva evolución del pensamiento, hizo repensar los principios en los que se venía asentando la RMP histórica, donde el principio de autonomía, el más moderno de los principios bioéticos (1978), refuerza esta nueva concepción que implica la idea de libertad personal.⁴⁻⁵ Surge así una nueva visión del paciente, ahora capaz y autónomo, lo que genera un nuevo modelo de relación asistencial, donde el paciente tiene un rol protagónico.⁶

El reconocimiento de este principio impone límites al clásico modelo paternalista, pero no se niega la autonomía del profesional también. A pesar de todo

esto, el rol protagónico de los pacientes no disgusta a todos los profesionales, pero tampoco gusta a todos los pacientes.⁷

En un afán de definir la RMP a partir de estos conceptos, podemos decir que, es aquella en la que el médico pretende comprender el marco interrelacional en que se desarrolla la vida del paciente, y a la vez insertar al mismo para cooperar en el proceso decisional de la relación, haciéndolo partícipe de los resultados.

Las crisis reinantes en el mundo latinoamericano llevaron a la creación de políticas con escaso énfasis en la estructuración de sistemas de salud ideales, y a las poblaciones a una progresiva pauperización, tanto en lo cultural como en lo económico y social. De esta manera se determinó la creencia de que el modelo paternalista es el apropiado para la población que demanda los servicios asistenciales. Pueden visualizarse intentos por cambiar este modelo de RMP, los cuales están emergiendo lentamente y con ciertas dificultades o resistencia, tanto por parte de algunos grupos de médicos como así también de la comunidad.

Los objetivos de la siguiente investigación son:

1. Conocer la representación social que tienen los usuarios del Centro Médico de Atención Primaria Tucumán con respecto a lo que sería un *Buen Médico*.
2. Conocer la representación social que tienen los médicos del Centro Médico de Atención Primaria Tucumán con respecto a lo que sería un *Buen Paciente*.
3. Conocer la representación social que tienen los médicos del equipo de salud del Centro Médico de Atención Primaria Tucumán sobre la relación médico-paciente.
4. Integrar los objetivos anteriores, a fines de identificar las acciones necesarias para fortalecer los aspectos positivos y crear estrategias superadoras para los negativos de la relación médico-paciente.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño

Se empleó un diseño no experimental, descriptivo y correlacional ya que se buscó la comprensión de los fenómenos tal como se dan en la realidad.

Paradigma

El paradigma desde el que se trabajó fue el cualitativo aunque se utilizaron elementos cuantitativos que ayudaron a la interpretación de los resultados.

Se adoptó como posición paradigmática los enfoques Interpretativo, Hermenéutico y Constructivista con el objeto de comprender el “sentido”, la “realidad” (desde una perspectiva holística) y el resultado del proceso de construcción que se realiza a través de las significaciones.

Tal como se explicitara en los objetivos, fue intención de los autores del presente trabajo conocer las representaciones que poseen los profesionales sobre la relación médico-paciente. Por ello se consideró apropiado recordar que dichas representaciones se pueden definir como “una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos y grupos, a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen”.⁸

Contexto

Se trabajó en las instalaciones del Centro Médico de Atención Primaria Tucumán (Ce.M.A.P.) de la Obra Social del Personal de la Construcción (O.S.Pe.Con). En este centro desarrollan su actividad laboral médicos de Familia, Generalistas, Pediatras y Ginecólogos formados en diferentes instituciones de nuestra provincia. También en el mismo funciona la Residencia de Medicina Familiar y muchos profesionales egresados de la misma, desde hace 10 años, forman parte del equipo.

El 100% de los médicos del equipo fueron parte de la investigación de forma voluntaria. Todos fueron citados especialmente para la realización de los grupos focales y las entrevistas. La aplicación del diferencial semántico a profesionales se realizó durante la reunión científica mensual de la obra social.

Población

Se determinaron dos dimensiones para un abordaje más claro y completo; estas dimensiones fueron: los médicos y los pacientes.

En la primera dimensión estuvieron incluidos todos los médicos de planta del Ce.M.A.P. Tucumán y residentes de medicina familiar de O.S.Pe.Con Tucumán, cuya participación fue voluntaria.

En la segunda dimensión se incluyeron a los usuarios de la Obra Social del Personal de la Construcción (Ce.M.A.P. Tucumán), cuya participación también fue voluntaria.

Estrategia de muestreo y recolección de datos

Se utilizaron los siguientes instrumentos metodológicos: grupos focales, entrevistas semiestructuradas y el diferencial semántico.

Grupos focales: con esta técnica se trabajó en la primera dimensión, es decir la de los médicos. Se realizó a universo completo, ya que se incluyeron a todos los médicos del Ce.M.A.P. que voluntariamente quisieran participar de la misma. Se realizaron tres grupos focales con la participación de 7 médicos en cada uno de ellos.

Entrevistas semiestructuradas: las mismas se realizaron a tres profesionales, un médico de familia de reciente formación, un generalista con años de experiencia en atención primaria y un ginecólogo que trabaja en atención primaria.

Diferencial semántico: con respecto a éste cabe destacar que si bien es una técnica cuantitativa, interesó su aplicabilidad desde instancias interpretativas y fue de esta manera que se la utilizó para el presente trabajo, realizando una adaptación del modelo original propuesto por Osgood⁹ en 1957.

Se elaboró el Diferencial Semántico a partir de los temas-núcleos que surgieran de la observación realizada a tales efectos. Estos temas-núcleos fueron el significado de “*Buen Médico*” (Anexo 1) y de “*Buen Paciente*” (Anexo 2), ya que se consideró que estos conceptos pueden influir en la relación médico-paciente. Este instrumento constó de una escala de clasificación para medir el significado afectivo o subjetivo que los términos-estímulo provocan en los sujetos. Para su construcción, fue necesario realizar una lista de adjetivos bipolares o “palabras definidoras”, las cuales fueron cuidadosamente seleccionadas después de interrogar a 26 pacientes y a 30 médicos. Luego el instrumento fue sometido a sucesivas pruebas de ajuste hasta garantizar que el mismo fuera de fácil aplicación y comprensión para los participantes. Finalmente se realizaron dos pruebas piloto, una con pacientes y otra

con médicos, donde se aplicó el diferencial que tenía como disparador el término “*Buen Médico*” y “*Buen Paciente*” respectivamente en las que se comprobó que el instrumento construido era aplicable y fácilmente comprendido por los participantes. Para su interpretación se agruparon los adjetivos en dos categorías: valores y cualificación del concepto “*Buen Médico*” y “*Buen Paciente*”. Con la primera categoría se valoró la fuerza o potencia que tienen los definidores para los informantes y con la segunda categoría se valoró el concepto a través de los distintos términos sobre las características personales.

Este instrumento fue utilizado en las dos dimensiones explicitadas: médicos y pacientes.

Primera dimensión: se realizó el diferencial semántico con el término–estímulo “*Buen Paciente*”, el mismo fue realizado a la totalidad de los médicos del Ce.M.A.P. que asistieron a la reunión científica mensual de la obra social (total: 23 correspondiente al 100% de los médicos de planta del Ce.M.A.P.).

Segunda dimensión: se realizó el diferencial semántico con el término–estímulo “*Buen Médico*” a 43 pacientes los que fueron especialmente invitados a participar de la investigación correspondiente al 10% de la consulta diaria del Ce.M.A.P. Tucumán.

Estas escalas permitieron por un medio sencillo obtener datos sobre las reacciones y/o representaciones de dichos informantes.

ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE DATOS:

Se realizó el análisis interpretativo de los datos, utilizando el criterio de redundancia para la creación de categorías a partir de la información surgida de los grupos focales. Se vio la necesidad, luego del análisis inicial, de profundizar en los conceptos por lo que se realizaron las entrevistas semiestructuradas a los informantes claves, completando de esta manera las categorías surgidas previamente.

Con el análisis del diferencial semántico se reforzaron algunos conceptos y se rechazaron otros (criterio de oposición).

Los resultados logrados fueron contrastados con los marcos teóricos que sustenta este trabajo y debidamente contextualizados, dando lugar a las conclusiones finales del presente proceso investigativo.

La utilización de varios métodos permitió implementar estrategias de triangulación a objeto de otorgar validez interna a la presente investigación y las modalidades a emplear fueron: la triangulación de datos, la triangulación de investigadores, la triangulación teórica y la metodológica.

CATEGORÍAS

Las representaciones sociales de los médicos del Ce.M.A.P. que fueron investigadas a través de los grupos focales y entrevistas, e interpretadas y trianguladas con datos del diferencial semántico por los autores se expresan de la siguiente manera:

▪ El Buen Pastor:

Pareciera ser que, aunque sin dudas partiendo de la buena intención, seguimos siendo los médicos los dueños de la relación médico paciente. Es notable la diferencia en la RMP actual, en especial en los médicos de atención primaria, sin embargo todo cambio cuesta y algunas veces sólo se logra de modo parcial. Si bien es claro el posicionamiento de dar importancia a la relación médico paciente y al paciente como protagonista, surge de los grupos focales que esto no es logrado en su totalidad, ya que la participación del paciente se refleja en tanto y en cuanto lo "*dejamos participar*" según lo que nosotros consideramos conveniente para él.

Todavía no se logra el empoderamiento del sujeto y el reconocimiento del otro como ser autónomo. La frase “*el buen pastor*” hace referencia de forma irónica a un cambio claro en el modo de relacionarnos con los pacientes, sin dudas otorgándoles mayor participación, pero manteniendo un modelo fuertemente paternalista, en el cual seguimos “*tratando de encaminar al paciente, de convencerlo*”.

▪ Doble origen del componente médico de la relación médico paciente:

Este doble origen se manifiesta en el relato de los participantes de manera bastante marcada, ya que por un lado quienes tienen una formación más reciente en medicina familiar, sostienen que las habilidades necesarias para una relación médico paciente eficaz son competencias del médico de familia, por lo tanto, son aprendidas y pasibles de entrenamiento, (aunque sin desconocer que condiciones particulares de la personalidad puedan facilitar la RMP): “*Depende un poco de la personalidad y otro de la formación*”. Por otro lado, quienes tienen más años de experiencia en el camino de la atención primaria y quienes vienen de otras especialidades, como ginecólogos y pediatras, encuentran de mayor peso el componente innato o natural de la personalidad como facilitador de la relación médico paciente. También reconocen que la misma “*es una asignatura pendiente en la formación*”.

▪ Paternalismo grabado a fuego:

El modelo paternalista mantiene en algunos aspectos similitudes claras con el modelo hegemónico del médico, en el cual lo importante es “*que el paciente me escuche y acepte lo mío*”. Sobre este modelo se trabaja mucho últimamente para obtener cambios, sin embargo mantenemos grabado a fuego desde nuestra formación de pre y postgrado algunas características claves. En ambos modelos el médico se mantiene en el centro de la escena, aunque desde un posicionamiento diferente, ya que en el modelo paternalista queda claramente establecido el principio de beneficencia, “*lo que buscamos es que mejore la calidad de vida, sus hábitos de vida*”.

- Relación asimétrica:

Es inevitable desde una posición sistémica, pensar en cuanto a la categoría anterior que se mantiene en la RMP una relación de tipo complementaria y claramente asimétrica. Los pacientes manifiestan el deseo de que los médicos sean expertos, sabios y actualizados, y los médicos tomamos esto para posicionarnos en un lugar de poder y nos relacionamos con los pacientes *“bajando un escalón y poniéndonos a la par de ellos, pero sin perder la investidura”*, ya que los pacientes continúan siendo los receptores de nuestra sabiduría.

- La paradoja del médico:

Encontramos algunas contradicciones en nuestras expresiones e incluso en nuestra manera de actuar. Si bien todos nos manifestamos de acuerdo en que la participación activa del paciente es lo mejor, pareciera que en la práctica diaria esto no es tan fácil, ya que cuando el paciente adquiere una posición más activa aparece hasta cierto punto como algo amenazador para la RMP, mejor dicho para nosotros los médicos. Esto se observa de manera clara en expresiones como *“Internet nos juega en contra, los pacientes manejan mucha información”*. Además algunas veces a los médicos *“nos molesta que el paciente ponga en dudas lo que nosotros le decimos, que nos cuestione, porque quisiéramos seguir teniendo ese poder”*.

- Una inversión a futuro con grandes réditos inmediatos:

La RMP planteada como herramienta muestra entre sus utilidades, que sirve *“para lograr una mejor adherencia a los tratamientos”*, para *“tener más pacientes”*, ya que *“si los pacientes vuelven a uno es por la relación”*. Esta inversión parece ser satisfactoria tanto para médicos como para pacientes y parece tener un beneficio secundario en la disminución de los juicios de praxis médica, *“es un arma tener una buena relación, ya que la mayoría de estos juicios son en médicos que no han podido entablar una buena RMP, porque sino el paciente siempre te disculpa”*, *“es fundamental desde lo bueno que hacés hasta los mocos que te mandás”*.

- Paciente difícil:

Existen ciertos pacientes que nos generan un sentimiento de rechazo, aquellos *“que veo en la sala de espera y me da acidez”*. Este tipo de pacientes son definidos de diferentes maneras *“el que pide muchos estudios”, “el que critica afuera”, “el que te golpea la puerta”*. El encuentro con los pacientes que a los médicos nos *“significan trabajo”* lleva a desarrollar ciertas tácticas de alguna manera defensivas para evitar o disminuir el sufrimiento *“le digo todo rápido así se va cuanto antes, me inmolo ahí”*.

- Solo Humanos:

Ni más ni menos. Como complemento de la categoría anterior pareciera que los médicos usamos esta explicación para tratar de justificar nuestra actitud frente a los *“pacientes difíciles”*. *“Aparte somos personas, ellos y nosotros y hay personas que te caen bien y personas que te caen mal”*. Al mismo tiempo los pacientes mediante el diferencial semántico muestran que una de las características cualificativas fundamentales en los médicos sería la de ser *“humanos”*, interpretando este término como sinónimo de buen trato.

- RMP Buena y RMP Exitosa

Del análisis de los grupos focales, surge que una RMP buena tiene que ver con una relación de camaradería, de afecto, *“de sentirse amigos”, “de que el paciente logre abrirse con vos”,* pero se reconoce que *“por más que uno se lleve bien con el paciente no quiere decir que la relación sea exitosa”*. La relación exitosa tiene más que ver con un buen resultado al problema del paciente, *“que se cumplan los objetivos”, “que el paciente se vaya conforme”*. En coincidencia con esto, al analizar el diferencial semántico, observamos que los pacientes también están de acuerdo en la importancia de ambos aspectos de esta relación.

A continuación se encuentran los gráficos de los resultados de los Diferenciales Semánticos.

Se presenta un gráfico tipo espiral: en el centro se encuentran resaltados los definidores de valores más positivos (media XxXX), en orden decreciente y de forma centrífuga se ubican el resto de los definidores.

Diferencial Semántico: “Buen Médico”

Características Cualificativas



Características Valorativas



Diferencial Semántico: “Buen Paciente”

Características Cualificativas



Características Valorativas



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Relación Médico Paciente (RMP) ha evolucionado a lo largo de la historia de la medicina fundamentalmente determinada por los cambios sociales, epistemológicos e ideológicos. Esta evolución se refleja en un nuevo paradigma de relación clínica que surgió casi como un “reclamo” de los pacientes en busca de una nueva forma de atención mas personalizada por parte de sus prestadores de salud.

La intención de nuestro trabajo fue indagar sobre las representaciones sociales que tenemos los médicos del Centro Medico de Atención Primaria Tucumán de la RMP y conocer cómo estamos posicionados frente a este cambio de modelo de atención.

Todos los participantes de la presente investigación desarrollamos nuestra actividad médica en una institución que favorece la RMP, creando un contexto apropiado (desde la infraestructura, lo administrativo y lo académico) para el óptimo desarrollo de la misma.

La representación social de lo que es un “*buen médico*” y un “*buen paciente*” se basa en las creencias individuales y en el cómo significan los hechos de la vida cotidiana las personas (basada en la perspectiva del constructivismo social). Esto explicaría la predominancia de los aspectos positivos obtenidos en el diferencial semántico al indagar sobre el ideal teórico, “el deber ser”, del “*buen médico*” (humano, amable, dedicado, responsable, experto, que escucha y confiado) y el “*buen paciente*” (respetuoso, educado, cumplido, sincero, responsable y que escucha).

Encontramos una brecha entre este ideal teórico y la realidad que surge de los grupos focales y las entrevistas. Esta brecha se podría deber a que formamos parte de un sistema homeostático, debido a que hemos llevado adelante un cambio tipo 1 (cambio para que nada cambie). Este es el cambio que no nos permite desprendernos del todo del modelo paternalista, pero mejora el modo de relacionarnos con los pacientes. Sin embargo se mantiene la relación asimétrica, en la cual el paciente no se trasforma en sujeto de derecho ni toma las decisiones que competen a su salud de manera integral.

Seria reduccionista el pensar que solo el acto medico se debe modificar para lograr un cambio tipo 2 (cambio para que algo cambie). Estamos convencidos que para que esta homeostasis se rompa y el paciente logre empoderarse y constituirse

en sujeto de derecho hacen falta modificaciones profundas a nivel sociocultural, político y económico de nuestro pueblo.

CONCLUSIÓN

Consideramos como un punto positivo estudiar la Representación Social de la RMP en el equipo medico del Ce.M.A.P. Tucumán, ya que nos permitió llevar a la reflexión este aspecto tan importante de la práctica clínica, porque no todos los días tenemos la posibilidad de pensar cómo es la relación con nuestros pacientes, cómo nos posicionamos ante ellos y cómo permitimos que ellos lo hagan ante nosotros.

A partir de la interpretación de nuestra investigación surge que el principio de Beneficencia se observa de manera contundente, menos claramente el de Justicia y el más desdibujado es el de Autonomía. Sin embargo, creemos que no hay modelos mejores o peores sino que hay modelos diferentes y pasibles de adaptar a cada paciente e incluso a un mismo paciente en diferentes momentos. Está en nosotros tener un manejo artesanal al momento de combinar los conocimientos y las técnicas de comunicación (que sin dudas deben ser la base de nuestra formación como médicos de atención primaria) con la experiencia y la percepción en cuanto a las necesidades de nuestros pacientes.

Como propuesta sugerimos aprovechar las reuniones científicas de la Obra Social, del Ce.M.A.P. Tucumán, con el fin de analizar y reflexionar sobre este tema, tratando de reforzar los conocimientos y técnicas para mejorar la relación con nuestros pacientes.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodriguez Silva, Héctor. **La relación médico-paciente.** *Rev Cubana Salud Pública.* [online]. oct.-dez. 2006, vol.32, nº.4 [citado 28 Enero 2007], Disponible en World Wide Web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0864-3466.
2. Laín Entralgo, P: **La medicina hipocrática.** Alianza Universidad. Madrid. 1987.
3. Sorokin P. **Relación intersubjetiva médico-paciente: en defensa propia.** [online]. 8 de Marzo de 2006. Disponible en la World Wide Web: http://www.bioetica.org/bioetica/ensciones11.htm#_ftn1 (acceso 6/3/2007).
4. Costa Alcaraz A y Padilla C. **Los principios de la Bioética: Autonomía.** [online]. 1 de Febrero de 2006. Disponible en la World Wide Web: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/autonomia.asp>. (acceso 2/3/2007).
5. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. "**Principios y guías éticas, para la protección de los sujetos humanos de investigación**". USA 18 de Abril de 1979.
6. Borell i Carió F. **La Relación Medico paciente en un mundo cambiante.** HUMANITAS Humanidades Médicas, tema del mes online. Nº 15, 18 Mayo 2007 [online]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.fundacionmhm.org/tema0715/papel.pdf> (acceso 25/05/07)
7. Bascunan R. **Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos.** *Rev. méd. Chile.* [online]. ene. 2005, vol.133, no.1 [citado 29 Diciembre 2006], p.11-16. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000100002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-9887.
8. Jodelet D. 1986. **La representación social: fenómeno, conceptos y teoría,** *Psicología Social II.* Tercera Parte, Pensamiento y vida social. Ed. Paidós. Buenos Aires.
9. Osgood Ch. E et al: 1976. **La medida del significado.** Gredos. Madrid p: 18.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arayumaña S. **Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión**. Cuaderno de ciencias sociales 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Sede académica Costa Rica. Octubre, 2002.
2. Bascunan R. **Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos**. Rev. méd. Chile. [online]. ene. 2005, vol.133, no.1 [citado 29 Diciembre 2006], p.11-16. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000100002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-9887.
3. Borell i Carió F. **La Relación Medico paciente en un mundo cambiante**. HUMANITAS Humanidades Médicas, tema del mes online. N° 15, 18 Mayo 2007 [online]. Disponible en la World Wide Web: <http://www.fundacionmhm.org/tema0715/papel.pdf> (acceso 25/05/07)
4. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. **"Principios y guías éticas, para la protección de los sujetos humanos de investigación"**. USA 18 de Abril de 1979.
5. Costa Alcaraz A y Padilla C. **Los principios de la Bioética: Autonomía**. [online]. 1 de Febrero de 2006. Disponible en la World Wide Web: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/autonomia.asp>. (acceso 2/3/2007).
6. Girón M, Begoña B., Medina E y Talero M. **Calidad de la relación medico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de alicante: Un estudio con grupos focales**. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2002; 76:561-575 N° 5. Septiembre-Octubre 2002.
7. González Menéndez, Ricardo. **La etapa contemporánea de la relación médico paciente**. *Rev. Cubana Salud Publica*. [online]. Abr-jun. 2004, vol. 30, n° 2 [citado 12 Enero 2007], Disponible en la World Wide Web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=s0864-34662004000200010&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-3466.
8. Jodelet D. 1986. **La representación social: fenómeno, conceptos y teoría, Psicología Social II**. Tercera Parte, Pensamiento y vida social. Ed. Paidós. Buenos Aires.

9. Laín Entralgo, P: **La medicina hipocrática**. Alianza Universidad. Madrid. 1987.
10. Osgod Ch. E et al: 1976. **La medida del significado**. Gredos. Madrid p: 18.
11. Rodríguez Silva, Héctor. **La relación médico-paciente**. *Rev Cubana Salud Pública*. [online]. oct.-dez. 2006, vol.32, nº.4 [citado 28 Enero 2007], Disponible en la World Wide Web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0864-3466.
12. Sorokin P. **Relación intersubjetiva médico-paciente: en defensa propia**. [online]. 8 de Marzo de 2006. Disponible en la World Wide Web: http://www.bioetica.org/bioetica/ensciones11.htm#_ftn1 (acceso 6/3/2007).
13. Watzlawitz P. **Cambio**. Cap I – II – III pag 21 – 134.

ANEXO 1: Diferencial Semántico “ *Buen Médico*”

El propósito de esta investigación es conocer las actitudes hacia diferentes aspectos relacionados con la relación médico paciente. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Tan solo pretendemos obtener una información de tus sentimientos personales.

* La manera de expresar tus sentimientos consistirá en poner una sola cruz en uno de los 5 espacios que hay para cada par de adjetivos opuestos.

Cuanto más próximo pienses que está relacionado “ Un buen medico” , a uno de los adjetivos, tanto más próximo al mismo pondrás la cruz. Si señalas con la cruz el espacio central, indicarás que “un buen medico” está igualmente relacionada con los dos adjetivos opuestos, o bien con ninguno de ellos.

BUEN MEDICO

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|---------------------------------------|
| | | | | | | |
| Humano | | | | | | Inhumano |
| Dedicado | | | | | | No Dedicado |
| Disponibile, desocupado | | | | | | Ocupado, inaccesible |
| Amable, gentil, agradable | | | | | | Descortés, desconsiderado |
| Comprometido, solidario | | | | | | Desinteresado |
| Paciente, calmo | | | | | | Impaciente, nervioso |
| Acertado, oportuno | | | | | | Errado, equivocado |
| Resolutivo, facilitador, eficaz | | | | | | No resolutivo, ineficaz, entorpecedor |
| Humilde | | | | | | Soberbio, arrogante |
| Comunicativo, expresivo | | | | | | Callado, reservado |
| Sincero, frontal | | | | | | Falso, tramposo, engañoso, dudoso |
| Sabio, culto, conocedor | | | | | | Ignorante, inculto |
| Responsable | | | | | | Irresponsable |
| Experto, especializado | | | | | | Inexperto, incompetente |
| Actualizado | | | | | | Desactualizado |
| Que escucha | | | | | | Indiferente |
| Sensible, impresionable | | | | | | Insensible |
| Servicial, atento | | | | | | Desatento |
| Confiable | | | | | | Desconfiable |
| Respetuoso | | | | | | Grosero |
| Alegre, divertido | | | | | | Triste, amargado |
| Demostrativo, afectuoso | | | | | | Frío, no demostrativo |
| Puntual | | | | | | Impuntual |

ANEXO 2: Diferencial Semántica “ *Buen Paciente*”

El propósito de esta investigación es conocer las actitudes hacia diferentes aspectos relacionados con la relación médico paciente. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Tan solo pretendemos obtener una información de tus sentimientos personales

* La manera de expresar tus sentimientos consistirá en poner una sola cruz en uno de los 5 espacios que hay para cada par de adjetivos opuestos.

Cuanto más próximo pienses que está relacionado “ Un buen paciente” , a uno de los adjetivos, tanto más próximo al mismo pondrás la cruz. Si señalas con la cruz el espacio central, indicarás que “un buen paciente” está igualmente relacionada con los dos adjetivos opuestos, o bien con ninguno de ellos.

BUEN PACIENTE

| | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|-------------------------|
| | | | | | | |
| Sumiso, obediente | | | | | | Obstinado, desobediente |
| Cumplido | | | | | | Incumplido |
| Sincero | | | | | | Falso |
| Extrovertido | | | | | | Tímido |
| Respetuoso | | | | | | Irrespetuoso |
| Confiado | | | | | | Desconfiado |
| Amable | | | | | | Descortés |
| Limpio | | | | | | Sucio |
| Exacto, claro | | | | | | Inexacto, lioso |
| Colaborador | | | | | | No colaborador |
| Educado | | | | | | Atrevido |
| Dócil | | | | | | Rebelde |
| Responsable | | | | | | Irresponsable |
| Paciente | | | | | | Impaciente |
| Curioso | | | | | | Desinteresado |
| Escucha | | | | | | No escucha |
| Auto cuidadoso | | | | | | No Autocuidadoso |
| Puntual | | | | | | Impuntual |
| Demostrativo | | | | | | Frío |
| Fiel | | | | | | Infiel, desleal |
| Alegre | | | | | | Amargado |
| Preciso | | | | | | Difuso |