

Actitud de residentes de urgencias hacia la relación médico-paciente

Residents of emergency medicine attitude towards patient-physician relationship

Dr. Rafael Alejandro Chavarría-Islas¹, Dr. Ramón Rodríguez-Ruiz²

Resumen

Introducción. La alta cantidad de demandas legales han contribuido a un detrimento en la relación médico-paciente y un aumento en la medicina defensiva. Las características de los servicios de urgencias han afectado más este vínculo, sumado a la deficiente formación en aspectos legales y habilidades de comunicación de los médicos residentes de urgencias. El objetivo fue conocer la actitud del médico residente de urgencias hacia la relación médico-paciente.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, transversal prospectivo donde participaron 28 médicos residentes, cuya actitud hacia la relación médico-paciente se evaluó a través de una encuesta con cuatro indicadores.

Resultados. Se obtiene una calificación regular hacia la relación médico-paciente en 82.14%, mala en 3.5% y buena en 14.2% de los médicos residentes.

Conclusiones. Existen deficiencias en el desarrollo de la relación médico-paciente durante la formación de los médicos residentes de urgencias así como un aumento en el desarrollo de medicina defensiva con el transcurrir de los años de especialidad. *Rev. CONAMED. 2008; 13 (3): 13-18.*

Palabras clave. Residentes, urgencias, relación médico-paciente, medicina defensiva.

Abstract

Introduction. The increase in legal demands in medical care has contributed to deteriorate the patient-doctor relationship and has increased the defensive medicine. Emergency Room characteristics and the lack of formation in legal issues and communication skills in residents of emergency medicine, have affected this bond in addition. The objective of this study was to know the attitude of emergency room resident towards the patient-doctor relationship.

Material and methods. Transverse, comparative and prospective study, a total of 28 residents attitude toward patient-doctor relationship were evaluated with a four indicators cuestionary.

Results. Residents reported the following evaluations toward patient-doctor relationship: regular 82.14%, bad 3.5% and good 14.2%.

Conclusions. This study reported deficiencies in the development of the patient-doctor relationship, during the formation period as emergency residents, with consequences of an increase in defensive medicine in the speciality.

Key words. Residents, emergency room, patient-doctor relationship, defensive medicine.

¹ Médico Especialista en Urgencias Médico-quirúrgicas. Profesor Adjunto en la Especialidad de Urgencias Médico-quirúrgicas en el Hospital General Regional No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinador Médicos Internos de Pregrado Módulo de Urgencias. ² Médico Especialista en Urgencias Médico-quirúrgicas.

Correspondencia. Dr. Rafael Alejandro Chavarría-Islas. Hospital General Regional No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Manuel Álvarez No. 111, Edif. 7 A int. 204, Col. Juan Escutia, Deleg. Iztapalapa, C.P. 09100, México D.F. Correo electrónico: ralexii@prodigy.net.mx.



Introducción

La responsabilidad médica ha variado conforme a las condiciones del medio, así como, del pensamiento filosófico dominante en cada época. En las culturas mesopotámicas, el código de Hammurabi hacía mención del castigo al médico, al causar alguna iatropatogenia. El artículo 219 dice: "Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia, en el esclavo de un subalterno con una lanceta de bronce y le ha causado la muerte, entregará esclavo por esclavo". En Grecia, Platón comenta que Glacus médico de Ephiston es condenado a la cruz ante la indignación que causa a Alejandro, la muerte de un paciente por abandono de éste. En Roma la ley Aquilea comenta, acerca de la culpa gravis contra los médicos, y en la edad media hacía el siglo XIII existe evidencia del juicio a un médico, por burgueses de Jerusalén, por la muerte de un paciente, tras haberle cortado en forma transversal la pierna. Por las características de la profesión médica, cualquiera a lo largo de su profesión puede verse involucrado en una demanda o denuncia por responsabilidad médica.

Todos los médicos que laboramos en hospitales y muy especialmente en los servicios de urgencias, enfrentamos una gran diversidad de problemas: alta demanda de atención, insuficiencia de recursos materiales, humanos y durante la última década, un aumento en el número de demandas legales y quejas médicas.¹

Al revisar las causas de queja, la gran mayoría no son debidas a estos puntos, sino a problemas de actitud o maltrato al usuario. La causa de este comportamiento por el personal médico obedece a múltiples causas: sobrecarga de trabajo, falta de personal, carencia de recursos, factores económicos (honorarios bajos), trabajar bajo estrés y con el riesgo a una demanda. Esta alta cantidad de demandas, ha condicionando no sólo el deterioro de la relación entre el equipo médico, sino de igual forma en la relación médico-paciente.

Esta situación nos obliga a adoptar otro tipo de conducta en la atención de nuestros pacientes y a desempeñarnos en un estricto código de moral médica y cortesía profesional.²

Estas evidencias nos permiten ver lo importante que es analizar la responsabilidad médica ante las demandas desde el punto de vista de la relación médico-paciente.³

Desde el surgimiento de la medicina occidental con Hipócrates, se asume un enfoque natural para la ética médica, fundado en lo malo y lo bueno, de esta forma lo bueno se relacionaba con el orden y lo malo al desorden; bajo esta concepción, el médico tenía la obligación de restaurar el orden desde un carácter objetivo y el paciente en forma pasiva acatar cada una de las indicaciones, de tal manera que si se negaba incurría en un error subjetivo; se

adoptaba así la figura del paternalismo médico. La bioética como disciplina contemporánea ha evolucionado, desde el paternalismo médico, a enfoques que abarcan en forma más amplia la relación médico-paciente, donde ya no es sólo el médico el que determina lo bueno y lo malo para el paciente. La tradicional medicina paternalista se basa en la beneficencia, que tiene como elemento básico la confianza mutua entre médico y enfermo. La incorporación de la tecnología deshumanizante e impersonal, en detrimento del vínculo médico-enfermo, reduce los momentos de intersubjetividad y desaparecen así las variables socio-antropológicas del análisis contextual, en que se desarrolla una enfermedad.

La responsabilidad de la salud debe ser compartida entre el médico y el paciente, fundamentadas en el conocimiento, respeto mutuo y la combinación del humanismo de la práctica y de la técnica. De esta forma el núcleo de la práctica médica está centrado en la relación médico-paciente. Construir relaciones vinculantes, solidarias y basadas en la confianza recíproca, fortalecerán una ética médica menos abstracta y más comprometida con la realidad de la gente, aquella que reclama día tras día el gozar de los privilegios de la calidad de vida, es decir de un trato digno.⁴

La Medicina de Urgencias como un cuerpo doctrinario, estructurada dentro de la organización hospitalaria moderna, fue concebida y desarrollada hace relativamente pocos años. Una de las características que hacen diferente a la medicina de urgencias, de la mayor parte de las especialidades médicas, es que a menudo además de las complejas patologías a las que el médico de urgencias se enfrenta, no ha tenido tiempo suficiente para familiarizarse con su enfermo y cuenta con muy poco tiempo para tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas; estos dos factores traen consigo serios conflictos de índole ética en muchas circunstancias.

Cuando un enfermo recurre a un servicio de urgencias, se establece de inmediato una relación médico-enfermo, y esta relación lleva implícitas obligaciones éticas y legales por ambas partes. En la medicina de urgencias, a menudo, es indispensable obtener la autorización para realizar algún procedimiento diagnóstico o terapéutico, lo cual se realiza siguiendo las normas generales. El problema surge cuando el enfermo lo rechaza, cuando el enfermo es un menor de edad y en casos que se desea incluir al paciente en un protocolo de investigación. Éticamente, el consentimiento informado es un deber ineludible, pero además es una obligación médico-legal, salvo en algunas situaciones de excepción.⁵

La medicina defensiva es entendida como las conductas que desarrollan los médicos para evitar las demandas por una mala práctica, extremando así los procedimientos diagnósticos y terapéuticos o evitar pacientes de alto ries-

go, ocasionando gastos excesivos al sistema de atención y sometiendo al paciente a riesgos evitables. La medicina defensiva es destructiva. Deteriora la relación médico-paciente, propicia la pérdida de la confianza entre ellos y si llega a queja formal o demanda, ocasiona pérdida de la confianza del médico en sí mismo y favorece posteriormente su proceder defensivo. El médico no es el único culpable, si tomamos en cuenta que son las escuelas de medicina, sus programas, los profesores y las instituciones de salud los primeros implicados en la preparación del médico, tanto en su formación básica como en el posgrado; ahí podríamos ubicar el primer corresponsable de esta forma de actuar del médico.⁶⁻⁸

Son pocas las publicaciones que abordan la relación médico-paciente y la mayoría desde la óptica de cómo percibe esta relación el paciente; Domínguez y colaboradores,⁵ estudiaron cómo se informa a los pacientes en un servicio de urgencias del Hospital General de Segovia, como parte de esta relación médico-paciente por medio de una encuesta de 15 ítems, donde el paciente evaluaba cómo había sentido esta relación médico-paciente en cuanto a la información, concluyendo que ésta era deficiente y ameritaba mejorarse.

Ante lo anterior, resulta importante evaluar esta relación médico-paciente desde la perspectiva del personal de salud, atañendo a esta intersubjetividad inmersa en la misma, desde un enfoque cualitativo. Esto determinado por la dificultad creada por la subjetividad de esta relación, vista desde un enfoque de tipo cuantitativo, dejando de lado el enfoque cualitativo, que se centra en esta subjetividad, permitiendo explicar y comprender las interacciones y los significados subjetivos individuales o grupales.

Los servicios de urgencias, por sus condiciones particulares, han demeritado cada vez más este vínculo entre la relación médico-paciente, tendiendo a omitir partes fundamentales de la misma, tal vez en parte debido a la mala formación de tipo bioético recibida, no sólo desde las facultades sino desde la misma formación como especialista. Tomando en cuenta que la formación del médico residente incluye el diagnóstico y tratamiento, así como, la información de estas condiciones al paciente y sus familiares resulta interesante evaluar, desde la formación del futuro especialista en urgencias médico-quirúrgicas, cómo se va dando esta actitud hacia la relación médico-paciente. Por todo lo anterior expuesto, en este estudio se pretende evaluar cuál es la actitud que tienen los médicos residentes de urgencias médico-quirúrgicas hacia la relación médico-paciente en el servicio de urgencias adultos del Hospital General Regional No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el objetivo de conocer la actitud de los médicos residentes de urgencias médico-quirúrgicas, hacia la relación médico-paciente.⁹⁻¹²

Material y métodos

El estudio se realizó en el Hospital General Regional No. 25, sede de la especialidad de Urgencias Médico-quirúrgicas. El diseño del estudio fue observacional de tipo transversal, prospectivo y comparativo.

El grupo de estudio estuvo constituido por los 29 médicos residentes de la Especialidad de Urgencias Médico-quirúrgicas, distribuidos en 11 residentes de primer año, 5 residentes de segundo año y 11 residentes de tercer año.

La variable de estudio fue la relación médico-paciente, que se definió como la relación interpersonal entre dos personas que ofrecen características que permiten inferir un modo de relación vinculante e intersubjetiva. Para su análisis se construyó un instrumento con cuatro indicadores para su medición:

1. **Respeto.** Es la forma en la que la atención y el trato son adecuados, dignos y confidenciales por parte del personal de salud hacia el paciente y sus familiares.
2. **Información.** Se refiere a la medida en que al paciente o a su responsable, le son dados detalles completos sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en forma clara y comprensible por el personal médico.
3. **Consentimiento.** Magnitud en que el paciente o su responsable, otorgan permiso para sujetarse a procedimientos con fines diagnósticos y terapéuticos, así como, las facilidades que el personal médico otorga para una segunda opinión.
4. **Esmero.** Se refiere a la medida en la cual la práctica médica hacia el paciente tiende a una postura defensiva.

Estos indicadores consistieron en una serie de enunciados que se construyeron a partir del marco teórico,¹⁻⁷ con relación a los diferentes estudios revisados que versaban sobre la relación médico-paciente, desde el punto de vista de los pacientes y en especial aquellos en relación a su aplicación en los servicios de urgencias.^{3,5-6} Los enunciados que conformaron el instrumento se situaron dentro de una escala de frecuencias, sometiéndose a ronda por cuatro expertos (dos expertos en investigación educativa, uno en urgencias médico-quirúrgicas y uno en medicina legal), para revisar su validez de contenido. Por último, se aplicó una prueba de semipartición de mitades para su confiabilidad, con lo cual logró dársele la validez de constructo y confiabilidad que el instrumento requería y lograr un instrumento *ad hoc* que visualizara de esta manera la relación médico-paciente, desde la perspectiva del personal de salud, en este caso los médicos residentes de urgencias médico-quirúrgicas.

El instrumento de evaluación quedó constituido como una encuesta con un total de 40 ítems, 20 en sentido positivo y 20 en negativo, correspondiendo a cada indicador 10 ítems (Anexo 1). Se obtuvo un coeficiente de confiabili-



dad de 0.88. La encuesta se aplicó al grupo mencionado de residentes de urgencias médico-quirúrgicas, para conocer su percepción de la relación que establecen con sus pacientes.

El análisis estadístico incluyó prueba de Spearman-Brown, para la consistencia interna del instrumento, prueba U de Mann-Whitney para comparación entre cada grado de residentes y prueba de Kruskal-Wallis para la diferencia entre los tres años de especialidad.

Resultados

Se evaluó a 28 médicos residentes de la especialidad de urgencias médico-quirúrgicas en el Hospital General Regional No. 25 de primero, segundo y tercer año.

En cuanto a la calificación dentro de la escala de medición de la relación médico-paciente, 1 (3.5%) lo percibe como mala, 23 (82.14%) como regular y sólo 4 (14.2%) como buena (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de alumnos de acuerdo a calificación en la escala de relación médico-paciente

Relación médico-paciente	R1 n = 11	R2 n = 5	R3 n = 12	Total n = 28
Buena 31 a 40	1	0	3	4
Regular 21 a 30	10	5	8	23
Mala 11 a 20	0	0	1	1
Muy mala 0 a 10	0	0	0	0
Total	11	5	12	28

R1: residentes de primer año; R2: residentes de segundo año; R3: residentes de tercer año.

Al compararse las medianas obtenidas por cada grado, puede verse que los tres grados caen en una percepción regular de la relación médico-paciente, aunado a no existir diferencias significativas al aplicarse la prueba de Kruskal Wallis (Cuadro 2)

Cuadro 2. Resultado global de la encuesta (relación médico-paciente)

Grado	R1 (n = 10)	R2 (n = 6)	R3 (n = 11)	P'	Todos
Mediana	27.5	29	29	NS	28.87
Rango	24.25 a 32	25.75 a 30.25	20 a 34		20 a 34
Tipo de relación	Regular	Regular	Regular	—	Regular

P* Kruskal Wallis. NS = No significativo.

Al evaluar los resultados por indicador sólo encontramos diferencia significativa en el indicador de esmero, mientras que en los otros tres no se aprecia ninguna diferencia entre los tres grados de la especialidad. Es de destacar que los indicadores de respeto e información son los que obtienen los resultados más altos (Cuadro 3).

Cuadro 3. Calificaciones obtenidas en el instrumento de relación médico-paciente, por indicador y año de residencia

R1 (n = 11)	R2 (n = 5)	R3 (n = 11)	P'
Indicador	Rango Mediana	Rango Mediana	P'
Respeto	6.5 a 9.5 8	7 a 10 8.62	NS
Información	5.75 a 9.25 7.75	6.5 a 10 8	NS
Consentimiento	4 a 7.75 5.5	4.5 a 8 6	NS
Esmero	5.5 a 7.75 6	6.25 a 8.5 7.5	0.01

R1: residentes de primer año; R2: residentes de segundo año; R3: residentes de tercer año. P* Kruskal Wallis. NS = No significativo.

Cuando comparamos cada grupo por grado académico aplicando la U de Mann Whitney, se observaron los siguientes resultados con respecto a los residentes de primer y segundo grado, de acuerdo a los indicadores de respeto, información, consentimiento y esmero donde no hubo diferencia estadística significativa, así como, en los resultados entre residentes de segundo y tercer grado. Con respecto a las diferencias entre los residentes de primer grado con los residentes de tercer grado no se observaron resultados significativos en los rubros de respeto, información y consentimiento, sólo se observó una diferencia de 0.004 en el rubro de esmero (Cuadro 4).

Cuadro 4. Análisis de las diferencias entre los años de residencia en cuanto a relación médico-paciente con la prueba U de Mann Whitney

Indicador	R1 vs. R2	R2 vs. R3	R1 vs. R3
Respeto	NS	NS	NS
Información	NS	NS	NS
Consentimiento	NS	NS	NS
Esmero	NS	NS	0.004

R1: residentes de primer año; R2: residentes de segundo año; R3: residentes de tercer año. NS = No significativo. Encuesta sobre actitud hacia la relación médico-paciente, desarrollada por Chavarría y Rodríguez (2008).

Discusión

Desde nuestro marco teórico hemos insistido, como principal causa de queja hacia los profesionales de salud, la actitud de los mismos hacia los pacientes, destacando la importancia que tiene la relación médico-paciente. Sin embargo, dichas evaluaciones tomaban en cuenta solamente la opinión del paciente o usuario de los servicios de salud, dejando de lado la opinión del propio personal de salud. De igual forma, en particular en los servicios de urgencias, las condiciones particulares de tiempo y ambiente, condicionan un pobre desarrollo del vínculo médico-paciente, contribuyendo al deterioro de esta relación; sumado a ello el escaso desarrollo de esta capacidad durante los años de formación como especialista, provoca y perpetúa la pérdida de esta relación. Todo lo antes expuesto motivó la construcción del presente instrumento, con el fin de evaluar esta relación médico-paciente en los residentes de la especialidad de urgencias médico-quirúrgicas.

Al evaluar la calificación global de esta relación médico-paciente, podemos ver que la mayor parte de los residentes caen dentro de una actitud de tipo regular, pocos la consideran buena y escasamente mala; cuando se desglosan cada uno de los indicadores, son los de información y respeto los que más altas calificaciones obtienen; esto nos permite inferir que nuestros médicos residentes han podido desarrollar un trato adecuado al momento de dar información sobre el estado de salud con los pacientes y sus mismos familiares; sin embargo, el ver que el indicador de esmero sea el único que presente diferencia significativa en especial en el grupo comparativo de residentes de primer año y de tercero, refleja el mayor desarrollo de una medicina defensiva con el transcurso de los años de especialidad, situación que nos permite confirmar lo expuesto en nuestro marco teórico con respecto a que la formación dentro de la especialidad, tiende al desarrollo de esta actitud, en gran parte debida a las condiciones propias del servicio de urgencias y la población que atiende. Observamos así que la formación dentro de la especialidad no permite un adecuado desarrollo de la relación médico-paciente, aunado a esto el poco efecto del tiempo, con el transcurso de los años de especialidad, en el desarrollo de una relación médico-paciente cada vez más refinada.

Podemos concluir que existen deficiencias durante la formación de los especialistas en urgencias médico-quirúrgicas con respecto al desarrollo de la relación médico-paciente, llevando a una actitud deficiente en su práctica clínica cotidiana y con esto a un detrimento en la opinión por parte de los pacientes en cuanto a su actuar cotidiano, aunado a estar contribuyendo a un desarrollo cada vez mayor de una medicina defensiva. Faltaría sólo evaluar la influencia de este ambiente laboral en la pérdida del vínculo entre la relación médico-paciente, así como, la actitud presente en el especialista ya formado. Debe de esta forma integrarse a los programas educativos en urgencias estrategias tendientes a un mejor desarrollo de la relación médico-paciente.

Referencias

1. Carrillo L. La responsabilidad profesional del médico. México: Editorial Porrúa; 1998. p. 1-7.
2. Valdez R, Molina J, Solís C. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión de Arbitraje Médico. Salud Públ Mex. 2001; 43: 444-54.
3. Juárez R. Problemas que enfrenta el médico de urgencias. Trauma. 2001; 4: 85-6.
4. Bernal LM. La problemática actual en la relación médico-paciente. Revista de Salud Pública y Nutrición. Julio 2005. Disponible en http://www.respyn.uanl.mx/vi/3/ensayos/actual_relacion_medico_a.htm
5. Domínguez D, Cervera E, Hernández M, et al. ¿Cómo se informa a los pacientes en un servicio de urgencias hospitalario? Atención Primaria. 1996; 17: 280-3.
6. Vilar P. Ética y urgencias médicas. Revista Facultad de Medicina UNAM. Marzo 2003. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia_ago_2k3.htm
7. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes (diciembre 2001) Revista de Enfermería del IMSS. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/5C1B6D78-F914-4BE1-8567-17BE07600F8A/0/Car-tDerech10.pdf>
8. Paredes R. Ética y medicina defensiva. Revista Facultad de Medicina UNAM. Marzo 2003. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia_sep_2k3.htm
9. Carta de los derechos generales de los Médicos. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/Regional/EdoMexOte/Profesionalessalud/Derechos+m%C3%A9dicos.htm
10. Tena C, Sotelo J. Malpractice in Mexico: arbitration not litigation. BMJ. 2005; 331: 20-7.
11. Reglas Básicas para Evitar Demandas. Colegio de Médicos del estado de Guanajuato. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=22843&id_seccion=1330&id_ejemplar=2263&id_revista=36
12. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Tercera edición. México: Interamericana; 2002.



Anexo: Instrumento de evaluación

Instrucciones:

Anote en el paréntesis el inciso correspondiente a la respuesta que le parezca más adecuada a cada afirmación.

a. Siempre o casi siempre, b. La mayoría de las veces, c. Unas veces si y otras no, d. Pocas veces, e. Nunca o casi nunca.

Durante la relación con mi paciente en Urgencias:

1. ()	Me presento por mi nombre con el paciente y sus familiares.
2. ()	Cuando me dirijo al paciente lo llamo por su nombre.
3. ()	Soy tolerante tanto con el paciente como con sus familiares.
4. ()	Mantengo la confidencialidad de mi paciente.
5. ()	Respeto el pudor del paciente durante la exploración física.
6. ()	Informo al paciente sobre su diagnóstico y pronóstico.
7. ()	Comunico a mi paciente sobre los efectos secundarios o complicaciones del tratamiento.
8. ()	Soy claro e inteligible al dar datos sobre el padecimiento, pronóstico y posibles complicaciones.
9. ()	Cuando un familiar me pide informes sobre su paciente, se los proporciono de buen agrado.
10. ()	Cuando un familiar no entiende el informe de su paciente, se lo vuelvo a explicar.
11. ()	Ingreso a observación a la mayoría de los pacientes que reviso en consulta.
12. ()	Me abstengo de egresar al paciente si éste no ha sido valorado por el especialista.
13. ()	Al momento de informar el estado de mi paciente, pido al familiar firme de enterado.
14. ()	Involucro a otros especialistas durante el manejo de mi paciente.
15. ()	Solicito a mis pacientes todos los estudios posibles para su diagnóstico.
16. ()	Efectúo estudios sin consentimiento de mi paciente.
17. ()	Concedo al paciente la posibilidad de otra opinión en cuanto a su tratamiento.
18. ()	Doy facilidades al paciente y familiar para elegir un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
19. ()	Omito el consentimiento del familiar responsable para procedimientos terapéuticos en su paciente.
20. ()	Realizo procedimientos diagnósticos al paciente sin la autorización del mismo.
21. ()	No aclaro las dudas del familiar con respecto a su paciente cuando éstas existen.
22. ()	Me desagrada dar informes del estado de salud y evolución del paciente, si me lo solicitan en más de una ocasión.
23. ()	Al manifestar pormenores del padecimiento, pronóstico y complicaciones utilizo un lenguaje confuso e incomprensible.
24. ()	Olvido notificar al paciente sobre las consecuencias del tratamiento que está por recibir.
25. ()	Omito dar detalles sobre su padecimiento a mi paciente.
26. ()	Procedo a explorar al paciente sin ningún miramiento.
27. ()	Eres indiferente con los datos que te proporciona el paciente.
28. ()	Me muestro poco comprensivo ante el paciente y sus familiares.
29. ()	Llamo a los pacientes por el número que les corresponde.
30. ()	Nunca me presento con el paciente o sus familiares.
31. ()	Pido su consentimiento al paciente en procedimientos diagnósticos.
32. ()	Solicito al familiar responsable la autorización para efectuar procedimientos terapéuticos a su paciente.
33. ()	Presiono al paciente y familiar para determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico.
34. ()	Niego alternativas al paciente en cuanto al tratamiento de su padecimiento.
35. ()	Solicito permiso al paciente para someterlo a determinados estudios.
36. ()	Pido los estudios pertinentes para confirmar el diagnóstico de mi paciente.
37. ()	Pido interconsulta a otros especialistas, si lo amerita el paciente.
38. ()	El informe de las condiciones de mi paciente es en forma verbal.
39. ()	Revaloro al paciente y tomo las decisiones de egreso acorde a mi criterio.
40. ()	Al estar en consulta valoro qué pacientes deben ingresar y cuáles pueden ser ambulatorios.