



---

Universidad Autónoma del Estado de México  
Facultad de Medicina

## **Maestría en Ciencias de la Salud**

“JUICIO MORAL Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN  
MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO”

# **TESIS**

Para Obtener el Grado de  
Maestra en Ciencias de la Salud

Presenta:

Lic. en Psic. Aurora León Hernández

Comité de tutores:

Dr. en H. Arturo García Rillo  
M I C. Héctor Ocaña Servín  
Dr. Jorge Arauz Contreras

Toluca, Estado de México

2014

## INDICE

Resumen .....	4
<i>Summary</i> .....	5
1. Antecedentes .....	6
1.1. Psicología del desarrollo moral .....	6
1.2. Enfoque cognitivo evolutivo del desarrollo moral .....	8
1.2.1. Aportación de Piaget a la Psicología Moral .....	8
1.2.2. Teoría del desarrollo moral de Kohlberg .....	9
1.2.3. Influencia escolar en el desarrollo moral.....	14
1.3. Historia de la moral médica.....	15
1.3.1. La medicina prehistórica .....	15
1.3.2. Medicina antigua o sacerdotal .....	17
1.3.3. Medicina clásica.....	19
1.3.4. La problemática actual de la medicina.....	21
1.4. Relación médico-paciente.....	23
1.4.1. Elementos y características de la relación médico-paciente.....	26
1.5. Modelos de relación médico-paciente.....	26
1.5.1. Modelo Paternalista .....	27
1.5.2. Modelo Deliberativo .....	28
1.5.3. Modelo Informativo .....	28
1.5.4. Modelo Interpretativo .....	29
2. Planteamiento del problema.....	30
3. Hipótesis.....	32
4. Objetivos .....	33
Objetivo general.....	33
Objetivos específicos.....	33
5. Justificación.....	34
6. Material y método.....	35
6.1. Diseño de estudio .....	35
6.2. Criterios de inclusión y eliminación .....	35
6.3. Procedimiento .....	36

6.4. Variables de estudio.....	37
6.5. Implicaciones bioéticas .....	37
6.6. Recolección de datos.....	38
6.7. Análisis estadístico.....	39
7. Resultados .....	40
7.1 Nombre del artículo enviado .....	40
7.1.1 Carta de envío .....	41
7.1.2 Resumen.....	43
7.1.3 Abstract.....	44
7.1.4 Introducción.....	45
7.1.5 Método.....	47
7.1.6 Resultados .....	48
7.1.7 Conclusiones.....	57
7.1.8 Referencias .....	58
7.1. Resultados adicionales.....	62
8. Discusión general.....	68
9. Conclusiones generales .....	71
9.1. Limitaciones y recomendaciones .....	72
10. Referencias bibliográficas .....	73

## **Resumen**

**Introducción:** Los modelos de relación médico-paciente varían de acuerdo a las circunstancias clínicas y sirven de guía a los médicos en diferentes momentos; sin embargo, un modelo puede ser asumido y los otros se usarán excepcionalmente; si bien estos modelos no incorporan estándares éticos o legales, sí constituyen ideales normativos; en este sentido, la formación del médico debe ser integral, es decir, además del conocimiento tecno-científico, debe ser parte de su formación el desarrollo de valores humanísticos que le sirvan como herramienta personal para la resolución acertada de dilemas morales que se le presenten durante su formación y ejercicio profesional, de manera que surge la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre el modelo de relación médico-paciente y el nivel de juicio moral?.

**Objetivo:** Analizar la relación que guarda el nivel juicio moral y el modelo de relación médico-paciente en residentes de la Universidad Autónoma del Estado de México.

**Material y método:** Se utilizó la Prueba de Definición de Criterios para evaluar el nivel de juicio moral y la Escala: Modelos de Relación Médico-Paciente; en la muestra se incluyeron a 318 médicos residentes del primer grado de 19 especialidades. Siendo un estudio no experimental, descriptivo, transversal, correlacional.

### **Resultados:**

No se encontró relación entre el juicio moral y los modelos de relación médico-paciente. Respecto al juicio moral se encontraron diferencias significativas por sexo; no se encontraron diferencias entre el tipo de especialidad. El modelo de relación médico-paciente que se utiliza en mayor medida es el paternalista.

Por otra parte, el uso de alguno de los Modelos de Relación Médico-Paciente no explica el Nivel de Moralidad de los médicos residentes.

## **Summary**

**Introduction:** Doctor-patient relationship models change according to the clinic circumstances and provide guidance to the doctors in different situations, however, a model can be taken and other will be used exceptionally, if these methods do not incorporate ethical or legal standards, if these constitute normative ideals; in this sense, doctors must have comprehensive training, that is to say, besides the techno-scientific knowledge, it should be part of their preparation to develop humanistic values that will serve as a personal tool for successful decisions of moral dilemmas that are presented during their training and professional practice, so that, the following questions arises: Is there a relationship between the doctor-patient model and the level of moral judgment?

**Objective:** Analyze the relationship of moral judgment level and the doctor-patient relationship model in residents of the Autonomous University of State of Mexico.

**Material and method.** Defining Issues Test (Prueba de Definición de Criterios) was used to evaluate the level of moral judgment, and the Scale: Doctor-Patient Relationship Models, (Escala: Modelos de Relación Médico Paciente). In the sample 318 first grade residents of 19 fields were included. Being this a non-experimental, descriptive, transversal, correlational study.

**Results:** There wasn't found any relationship between moral judgment and doctor-patient relationship models. Regarding moral judgment, important differences were found by gender; no differences were found among the types of specialties. The doctor-patient relationship model used to a greater extent is paternalistic. Moreover, the use of any Doctor-Patient Relationship Models does not explain the level of Morality in resident doctors.

## **1. Antecedentes**

### **1.1. Psicología del desarrollo moral**

La moralidad es un asunto humano que ha interesado a todas las culturas y las antropologías filosóficas desde milenios atrás. Aunque W. Wundt no prestó atención al fenómeno moral, la psicología de la moralidad inició su formación al tiempo que lo hacían la ciencia psicológica y la rama de la psicología evolutiva a finales del siglo XIX; las investigaciones significativas y la constitución de las perspectivas teóricas al respecto se realizaron en el siglo XX.<sup>1</sup>

A partir de la década de los sesenta del siglo pasado, la adquisición de la moralidad se convirtió en asunto de interés para distintas orientaciones epistemológicas de la psicología donde se abordan tres dimensiones: el componente cognoscitivo, el componente conductual y el componente afectivo. Debido a que los tres componentes de la moralidad anteriormente mencionados son distintos y existe una relación compleja entre ellos, para su investigación, los teóricos han tenido que concentrarse en uno de estos tres componentes; por ello se han desarrollado diferentes enfoques.

La teoría psicoanalítica de Freud, se enfoca en el componente afectivo; desde este punto de vista, el superyó que comprende la conciencia y el ideal del yo controla la conducta moral; así, la conciencia es la parte de la personalidad que castiga al individuo cuando se ha cometido algo incorrecto y, por tanto, es la fuente de sentimientos de culpa; está representada como “el padre castigador” que se encuentra dentro de la propia personalidad, comprende todas las prohibiciones impuestas por los padres, los “no deberás”; el superyó, se forja durante el periodo edípico, en el momento que el niño, debido a las prohibiciones morales, debe desistir de conseguir su objeto de placer: el padre o la madre. En esta fase el niño debe acatar las reglas impuestas por los padres, reprimiendo sus deseos; desde este punto de vista, Freud refiere que el primer paso para la conciencia moral es la superación del complejo de Edipo que se sitúa aproximadamente hacia los cinco años<sup>2</sup>.

Por su parte, las teorías del aprendizaje se centran en el componente conductual y enfatizan la acción del ambiente en el desarrollo de habilidades de autocontrol (imitación, refuerzos, castigos, prácticas educativas, procesos de aprendizaje en general); es decir, suponen que la conducta moral al igual que otra conducta, parte de los principios del condicionamiento clásico y operante; por ejemplo, si se golpea a un niño al robar (estímulo incondicionado), lo cual produce dolor y ansiedad (respuesta incondicionada) y se le dice al niño, “no debes robar” (estímulo incondicionado); justo antes de que se le golpee, en un momento dado las palabras: “no debes robar”, llegarán a producir ansiedad en el niño (respuesta condicionada) y, por último, cuando el niño tan siquiera piense en el robar, se producirá esta respuesta condicionada.

Dentro de esta teoría destaca Bandura, quien plantea que una teoría comprensiva de la moralidad debe explicar cómo el razonamiento moral junto con otros factores psicológicos, dirigen la conducta moral. Desde una teoría cognitivo-social, adopta una perspectiva interaccionista para explicar el fenómeno moral. En este contexto los factores personales en forma de pensamiento moral y reacciones afectivas, la conducta moral y los factores ambientales, todos ellos actúan como determinantes que influyen unos sobre otros bidireccionalmente; de este modo, Bandura define al pensamiento moral como un proceso de reglas o patrones multidimensionales que se utilizan para juzgar la conducta; así, las situaciones con implicaciones morales contienen muchos elementos que influyen en la toma de decisiones y que pueden tener mayor o menor peso según los patrones o reglas por los que son procesados cognitivamente y según las circunstancias de la situación concreta que el sujeto evalúa<sup>3</sup>. En este sentido, la teoría del aprendizaje social también se ocupa del componente conductual, sin embargo, este autor considera que el desarrollo del autocontrol tiene una fuerte influencia de los modelos que observan los niños y de patrones de reforzamiento con los que se topan<sup>4</sup>; así, una vez que el niño ya no necesita de un agente externo (modelo) para administrar

recompensas y castigos, el niño puede recompensarse a sí mismo a través de sentimientos de orgullo y de castigarse a través de la culpa.

Por otro lado, las teorías cognitivo-evolutivas que están representadas principalmente por Jean Piaget y Lawrence Kohlberg, se concentran en el componente cognoscitivo, es decir, el conocimiento, la comprensión y el razonamiento moral. Dicho enfoque, es el único que ofrece una perspectiva progresiva de la moral.

## **1.2. Enfoque cognitivo evolutivo del desarrollo moral**

### **1.2.1. Aportación de Piaget a la Psicología Moral**

El enfoque que ha tenido mayor influencia en el estudio de la adquisición de la moralidad es el llamado cognitivo-evolutivo, que intenta explicar cómo el individuo estructura un orden moral externo y cómo estas estructuras cambian durante el desarrollo del individuo; Piaget propuso que toda moral consiste en un sistema de reglas y la esencia de la moralidad se busca en el respeto que el hombre adquiere hacia esas reglas<sup>5</sup>.

Posiblemente la contribución más importante de Piaget fue la distinción entre la moral convencional y una moral derivada del código racional.

Por moral convencional se entiende simplemente el hecho de hacer lo acostumbrado, o lo que se nos pide que hagamos. Si se pide una justificación para la observancia de una regla particular, el individuo apela a una autoridad o a lo que otras personas hacen o dicen que es correcto; pero no se plantea de ordinario la cuestión de la validez de tal código. Se entiende, a su vez por “código moral racional” aquel que el individuo acepta fundado en razones, que percibe que podría ser de otro modo, y lo aplica con mayor reflexión<sup>6</sup>; es decir, que el niño presenta una evolución en relación con el desarrollo moral a través de dos grandes etapas: la etapa heterónoma, proveniente de la presión adulta y la etapa autónoma y de cooperación, basada en el respeto mutuo<sup>3</sup>.



Las principales características de la moralidad heterónoma que abarca un rango de edad aproximado de 0 a 8-9 años, el niño acepta las reglas como son dadas por la autoridad; con respecto a la noción de justicia, ésta se reduce a todo aquello que la autoridad adulta exige. Por otra parte en la moral autónoma, considerada a partir de los 9-10 años el niño cree en la modificación de las reglas para adecuarlas a las necesidades de la situación<sup>7</sup>.

De este modo, el egocentrismo transita a la descentración; dicho en otras palabras, el niño que comienza por atribuir su punto de vista a los otros, poco a poco adquiere capacidad para considerar otros puntos de vista distintos al suyo; en este sentido, el juicio moral evoluciona positiva y progresivamente cuando se produce en el sentido de la descentración. Sale del centro del individuo hacia el encuentro con el otro.

### **1.2.2. Teoría del desarrollo moral de Kohlberg**

Lawrence Kohlberg completa la propuesta de Piaget (1958) y aunque el campo del desarrollo moral, estaba dominado por los enfoques Psicoanalítico y Conductista, considera que estas teorías tienen poco en común, ya que ambas rechazan la moralidad como un fenómeno racional, definiéndola principalmente en términos afectivos o como simple conformidad a las prescripciones sociales externamente impuestas<sup>8</sup>.

Así, mediante la evaluación de juicios morales y razonamiento de los individuos ante una serie de dilemas o conflictos morales, Kohlberg identificó seis estadios o fases del juicio moral. Estos estadios representaban la secuencia del desarrollo evolutivo en el que el juicio moral sobre la justicia se vuelve cada vez más abstracto y tiene su origen en aspectos concretos sobre el castigo, la ley y las normas sociales<sup>9</sup>.

De este modo, Kohlberg<sup>10</sup> en 1992, Rest y Narvaez, Bebeau y Thoma en 1999 ampliaron este enfoque teórica y técnicamente<sup>11</sup> con respecto al desarrollo de la moralidad; desde esta perspectiva, ésta se forma por tres niveles, los cuales expresan los tipos de relación entre el yo y las normas y las expectativas de los demás; así, cada uno se compone por dos estadios que representan estructuras

de juicio y perspectivas socio-morales diferenciadas, que tienen como condición necesaria el desarrollo cognitivo, pero que además depende de otros factores que lo pueden bloquear o acelerar, como son el influjo social, las tradiciones familiares o el aprendizaje en la escuela<sup>12</sup>; estos seis estadios de desarrollo moral están marcados por formas distintas y evolutivas de reflexión sobre los temas morales del bien y del mal; las características se describen a continuación:

**Nivel I. Preconvencional.** Perspectiva moral individualista. En donde el sujeto se orienta en función de las normas externas y la evitación del castigo en defensa de sus intereses concretos. En este nivel se responde a las normas culturales y a las etiquetas de bueno y malo, correcto o incorrecto, pero el sujeto las interpreta en términos de consecuencias físicas o hedonísticas de la acción (castigo, recompensa, intercambio de favores), o bien en términos de poder físico de los que establecen las normas. Este nivel comprende dos estadios:

Estadio 1. Moral heterónoma, con orientación de castigo-obediencia y perspectiva social egocéntrica. Es el que define el bien como una obediencia a la autoridad y la evitación al castigo. La perspectiva es egocéntrica y no existe la reciprocidad en sus razonamientos. En este estadio, las consecuencias físicas de la acción determinan su bondad o maldad, sin tener en cuenta el valor o significado humano de estas consecuencias. La evitación del castigo y la obediencia rendida al poder son vistos como valores en sí mismos, y no valorados por respeto a un orden moral y subyacente mantenido por el castigo.

Estadio 2. Moral individualista y de propósito instrumental e intercambio. Se siguen reglas de acuerdo con el propio interés y necesidades, dejando a otros hacer lo mismo. La perspectiva social es de individualismo concreto. Se caracteriza por unos valores de intercambio y de beneficios mutuos. Se satisfacen los intereses propios. El bien es relativo y existe una igualdad en los intercambios. Es una reciprocidad simple movida por el beneficio que se obtiene de las acciones del sujeto; en este sentido, la acción correcta consiste en aquella que instrumentalmente satisface las propias necesidades de los otros. Las relaciones humanas son vistas en términos de un intercambio mercantil. Elementos de

honestidad, reciprocidad y un saber compartir por igual están presentes, pero son siempre interpretados de un modo físico y pragmático. La reciprocidad se entiende como un mero intercambio y no como una cuestión de lealtad, gratitud o justicia.

**Nivel II. Convencional.** Perspectiva moral de miembro de la sociedad. En este nivel la perspectiva es social y el bien está en función de las normas sociales y de las expectativas de los demás y no de una conveniencia particular. Es el nivel típico de los adolescentes y de los adultos occidentales. En el nivel convencional el mantenimiento de las normas y expectativas de la familia, del grupo o de la nación es considerado como valioso en sí mismo, sin tomar en cuenta las consecuencias inmediatas y obvias. No solamente existe una conformidad de las expectativas personales con el orden social, sino que se da una actitud de lealtad hacia ese orden, con respeto activo, manteniendo y justificando el orden, identificándose con las personas o grupos involucrados en ello. En esta etapa se encuentran los siguientes estadios:

Estadio 3. Moral de expectativas interpersonales mutuas y relaciones y conformidad interpersonales. La perspectiva social es la del individuo en relación con otros individuos. Comprende valores en función del grupo colectivo. Tiene en cuenta las expectativas de los demás y la responsabilidad con la sociedad. Razona en función de la aprobación social de los otros; representa la orientación de la concordancia interpersonal o “del buen chico-chica”. La conducta correcta o buena es aquella que gusta o ayuda a los demás y es aprobada por ellos. Existe una fuerte conformidad con las imágenes o estereotipos de la mayoría. La conducta es juzgada frecuentemente por la intención. Siendo bueno se gana la aprobación de todos. En este estadio, la aprobación del grupo tiene un valor determinante.

Estadio 4. Moral de sistema social y de conciencia. Motivada por cumplir el propio deber aceptado y dar sostén a las leyes. La perspectiva social distingue entre el punto de vista interpersonal y el social. Tiene en cuenta el deber social en función del bienestar de la sociedad, además, tiene una perspectiva social alejada de los intereses interpersonales; su orientación es legalista y de mantenimiento del

orden. Hay una orientación hacia la autoridad, las normas fijas y el mantenimiento del orden social. La conducta correcta consiste en cumplir los deberes propios, mostrar respeto por la autoridad y mantener el orden por el orden. En este estadio es el orden social en abstracto el que asume el valor determinante de lo bueno o de lo malo moralmente.

**Nivel III. Posconvencional.** Perspectiva moral de principios éticos autoescogidos. Es el de los principios morales universales que sirven para todas las personas de la sociedad. En el nivel posconvencional o de autonomía hay un claro esfuerzo por definir los principios y valores morales que tienen validez y aplicación al margen de la autoridad de las personas o grupos que los mantienen y al margen de la propia identificación del sujeto con estos grupos. El contenido del nivel posconvencional está constituido por los principios morales universales. Un principio no es una norma de acción. Los principios son criterios para la creación y valoración de las leyes. Este nivel incorpora dos estadios:

Estadio 5. Moral de contrato social aceptado razonada y críticamente y de los derechos individuales básicos. La perspectiva social es la del individuo racional consciente de los valores y derechos previos al contrato social. Es el que razona en función de que se cumplan unos derechos universales para las personas implicadas. Conoce las reglas morales y las legales, y las intenta integrar de forma racional. La acción correcta tiende a ser definida en términos de unos criterios y derechos individuales de carácter general que han sido examinados críticamente y aceptados por la sociedad. Se da un reconocimiento del relativismo de los valores y opiniones personales, y un énfasis consecuente en los modos de procedimiento para llegar a un consenso. Al margen de lo establecido constitucional y democráticamente, lo justo y lo correcto es un asunto de opinión y de valores personales. El resultado es un insistir en el punto de vista legal, aunque también se considera la posibilidad de cambiar la ley en términos de consideraciones racionales de utilidad social. Fuera del ámbito legal, el acuerdo y el contrato libre es el elemento de obligación.

Estadio 6. Moral de principios éticos universales. La perspectiva social consiste en el reconocimiento de principios morales universales de los cuales se derivan compromisos sociales, pues las personas son fines en sí mismas. Lo correcto y lo justo se definen por la decisión de la conciencia según unos principios éticos autoelegidos apelando al entendimiento lógico, la universalidad y la consistencia. Estos principios son abstractos y éticos (la regla de Oro, el imperativo categórico). No son normas concretas, fundamentalmente, son principios de justicia, de reciprocidad y de igualdad de los derechos humanos y de respeto por la dignidad de los seres humanos como personas individuales.

Así, Kohlberg refiere que el desarrollo es producto de la interacción entre las estructuras del sujeto con las del medio ambiente y que el desarrollo moral es socialización, es decir, aprendizaje o internalización por parte del niño o adolescente de las normas de la familia o de la cultura<sup>13</sup>; en este sentido, considera que el desarrollo moral consiste en una construcción activa que el propio sujeto realiza en interacción con el medio y que dicha interacción le lleva a niveles de autonomía superiores.

Además, el juicio moral es considerado como un proceso que permite reflexionar sobre los propios valores y ordenarlos en una jerarquía lógica, especialmente cuando se enfrenta un dilema moral, enfocándose en torno a temas socio-morales el cual lleva a los sujetos a iniciarse en la reflexión y en la adquisición de importantes logros como son el conocimiento de uno mismo, de sus emociones, de su comportamiento, su opinión y las opiniones, sentimientos y comportamientos de los otros; esto permite tomar la decisión acerca de cuál es el mejor curso de acción moral<sup>5</sup>; en resumen, Kohlberg menciona que el juicio moral se considera como la capacidad de tomar decisiones y hacer juicios que sean morales (o sea basados en principios internos) y de actuar de acuerdo a estos juicios<sup>14,15</sup>.

De este modo, la educación moral no puede ser una imposición de modelos externos sino una labor que debe conducir a la formación de la propia identidad moral, la cual sólo se logra mediante el cultivo y la reflexión personal. Esta labor

es compartida, socializada y guiada por los valores que predominan en el medio, pero que no determinan absolutamente las decisiones personales<sup>16</sup>.

### **1.2.3. Influencia escolar en el desarrollo moral**

La moralidad de la acción humana y los procesos socioculturales y psicológicos de su adquisición, llamados también formación de la conciencia moral, formación del carácter o construcción de la personalidad moral, se ha convertido en los últimos decenios en una preocupación pública que dio origen a un nuevo cuestionamiento de las relaciones sociales y de la función de la institución escolar, poniendo a revisión su marco normativo y sus currículos, y promoviendo una nueva definición de sus estructuras y prácticas de gestión. Sin embargo, la cuestión de la formación moral no involucra solo a la institución escolar y al currículo, sino a todo su entorno social e ideológico.

La formación de la personalidad, del pensamiento crítico y de la moral de los jóvenes, son cuestiones de creciente importancia para la sociedad y para el sistema escolar tanto por la necesidad de dar un fundamento humano y ético a la convivencia, como por representar aspectos esenciales de la eficacia de la socialización.

El desarrollo moral es un componente de la formación integral de los individuos y ha sido siempre un elemento fundamental de las filosofías educativas por la concepción de persona o de sujeto en que se sustentan y por el ideal de formación humana que plantean<sup>1</sup>.

En todo pensamiento educativo, esto es, en la reflexión filosófica sobre los fines y condiciones de humanización y en las teorías generales acerca de la práctica educacional, existen supuestos y propósitos que están asociados a la adquisición de la moralidad; en su forma más general se expresan como utopías, como ideales de vida social y de realización de la persona y como bases para la consecución del bienestar humano. Son, en otras palabras, respuestas sistemáticas al problema de la convivencia y de la formación del hombre.

La Escuela, es decir, el conjunto de las instituciones formalmente educativas, desde la edad infantil hasta la universitaria ha de ser educadora en la convivencia

moral; y ha de serlo no en una relación extrínseca, sino en su naturaleza propia, puesto que ella misma es una institución moral, sujeta a reglas. No es que al estudiante de hoy se le eduque para comportarse mañana de adulto como sujeto moral; es que la convivencia escolar es ya convivencia de sujetos morales que en ella crecen y se constituyen como tales.

Hay principios generales en esa constitución moral de la Escuela; son fundamentales el respeto, por parte de los adultos, de los maestros, hacia los estudiantes, y la cooperación pacífica entre compañeros, entre iguales<sup>17</sup>.

### **1.3. Historia de la moral médica**

#### **1.3.1. La medicina prehistórica**

Con la génesis de la especie humana, inicia también una serie de procesos y eventos que lo van acompañando a lo largo de su vida, ejemplos de ello es el hambre, el clima y las enfermedades, por citar algunos; dichos eventos le permitieron hacer invenciones y descubrimientos que favorecieron la adaptación al contexto en el que se desarrollaba; por ejemplo, realizó adaptaciones con piedras y palos simulando garras o cuchillos que le permitieran cazar para poder satisfacer su hambre, con las pieles de éstos abrigó su cuerpo, descubrió el origen del fuego e ideó la forma de dominarlo para protegerse del frío y de los animales.

Desde entonces, se tienen evidencias de que existía una especie de medicina, la cual consistía en que cuando los prehomínidos se sentían conmovidos ante la enfermedad de algún congénere optaban por sentarse junto a él como único medio disponible para expresarle su apoyo, siendo ese comportamiento la primera relación de ayuda en materia de salud, estableciéndose a partir de ese momento los papeles de reclamador de ayuda y prestador de ayuda; sin embargo, a pesar de que este antecesor del hombre carecía de lenguaje hablado y sus habilidades cognitivas estaban muy limitadas, fue capaz de ubicarse en el lugar de la otra persona, sentir como ella y disponerse a ayudarlo en la medida de sus posibilidades, --requisitos que actualmente son indispensables en las relaciones interpersonales<sup>18</sup>-- además, se ofrecía protección y cuidado solícito, en donde únicamente se esperaba la curación espontánea o la muerte; así, nuestros

antecesores no hacían otra cosa más que sentarse junto al enfermo, además no existía intervención activa profunda en el proceso de enfermedad, por esta razón, a este comportamiento se le denominó fase histórica de compañía.

Si bien es cierto que en esta etapa no existen escritos acerca de sus actividades, también lo es que las pinturas rupestres y estudiosos de estas áreas como los paleo patólogos, han dejado en evidencia que nuestros predecesores hacían prácticas con fines médicos, refieren que eran capaces de tratar fracturas y luxaciones, además de usar métodos como las trepanaciones, éste era utilizado en circunstancias como fractura de cráneo, ataques convulsivos y demencia; además se reconoce como el procedimiento quirúrgico más antiguo.

Nuestros antecesores que aprendieron a través de la observación y del ensayo y el error, mejoraron sus instrumentos, identificaron la época y lugar mejores para cazar, además de los medios y plantas para curar heridas o enfermedades; se presupone que utilizaron sustancias con efectos vomitivos, purgantes y alucinógenos. De esta forma se desarrolló la etapa mágica, la cual se caracterizaba por la intervención de shamanes, quienes pretendieron usar poderes sobre naturales en la relación, utilizando efectos placebo implícitos en su rol social; también utilizaron recursos como la catarsis y la sugestión, --que milenios después fueron establecidos como herramientas psiotherapéuticas--; el politeísmo también juega un papel esencial en el desarrollo de esta medicina, en donde se apreciaban las enfermedades como resultado de miasmas o impurezas que debían eliminarse por medios exorcistas; la invocación a los dioses, la proliferación de ofrendas, sacrificios de personas y animales, los banquetes sacramentales, la ingestión de sustancias psicoactivas, entre otros, fueron instrumentos que utilizaron para establecer contacto con los dioses; así, con esta etapa denominada mágico-mística empleada por nuestros antepasados se marca el inicio del sendero de la práctica médica<sup>19</sup>.



### **1.3.2. Medicina antigua o sacerdotal**

La edad antigua se considera como el periodo que comprende desde cuatro mil a.C y el año 476 que corresponde a la caída del Imperio Romano de Occidente. Cuando los hombres durante siglos de experiencia y observación, empezaron a tener un amplio conocimiento científico, químico, zoológico, botánico y astronómico. Además, la agricultura, la cría de animales, el dominio de los metales, la especialización del trabajo artesanal y agrícola, fueron algunos factores que favorecieron la posibilidad de un nuevo salto cualitativo en el desarrollo social. En este periodo resaltan algunas culturas las cuales a partir de los diferentes factores antes mencionados llevaron a cabo su práctica médica, siendo importante resaltar que unas tuvieron influencia sobre otras.

En Egipto, la medicina era ejercida fundamentalmente por sacerdotes y estaba estrechamente ligada a la teología; desde ese entonces la limpieza en su vestimenta era un requisito para realizar la práctica médica. La medicina arcaica se caracterizó por la separación de los elementos mágico-religiosos y empíricos; existieron por tanto, en forma simultánea sacerdotes, magos, médicos y cirujanos, por lo que el enfermo podía acudir a cualquiera de ellos.

Las primeras escrituras que hacían referencia a la medicina eran llamadas papiros médicos, los más antiguos hacían referencia formulas mágicas, otros más *modernos*, que datan del segundo milenio a.C. llaman la atención por su objetividad; uno de ellos define diferentes tipos de tumores y abscesos, así como la forma de tratarlos y el instrumental necesario, otro testimonio egipcio habla sobre el tratamiento de lesiones traumáticas como luxaciones, esguinces, heridas, úlceras, abscesos y tumores, basa sus tratamientos en medios naturales, prácticas manuales y quirúrgicas, otros presentan un orden más sistemático; por ejemplo, en el papiro de Edwin Smith donde primero se clasifica la lesión, luego se describe el examen físico que incluye la observación y palpación de la zona afectada, después se realiza un dictamen diagnóstico y pronóstico de la evolución

del enfermo y se concluye con las sugerencias en el cumplimiento de las reglas del tratamiento.

En Mesopotamia las primeras prácticas médicas eran de carácter sacerdotal, fue utilizada una medicina empírico natural. Se consideraba al enfermo como un poseído debido a que se creía que los demonios atacaban a las personas o penetraban en ellas de manera fortuita, por esta razón un método muy utilizado en este periodo fue el exorcismo, además se aplicaban sustancias nauseabundas con el objetivo de espantar al espíritu que habitaba en el enfermo.

Hammurabi, uno de los principales reyes de Babilonia elaboró un código de leyes que gobernaban a los que practicaban la medicina y la cirugía, además estableció medidas punitivas para aquellos que emplearan una mala técnica; así, las medidas higiénicas eran practicadas en las sociedades altas; los baños de vapor, el jabón y la unción de aceites formaban parte de los hábitos higiénicos.

Los hebreos, al igual que las culturas mencionadas anteriormente, estimaban que las enfermedades eran reflejo de castigo divino; sin embargo, para ellos, la génesis de la enfermedad no era causada por la posesión de demonios, sino que le adjudicaban a Jeová la potestad de llevar la enfermedad a los hombres o a las comunidades, resultado de la comisión de pecados; la función de los sacerdotes era vigilar la higiene del pueblo, las personas enfermas eran aisladas, por lo que esta práctica tenía más fines religiosos que de salud.

En la india, uno de los documentos más antiguos y completos es el *Ayur Veda*, el cual describe el sistema circulatorio, enfermedades de tuberculosis pulmonar, datos de tipo epidemiológico; este libro expone que las causas fundamentales de la enfermedad se atribuyen al desequilibrio en la relación del individuo con el medio ambiente y los factores como la alimentación, el clima, las estaciones del año, etc.; además, para conservar el equilibrio era necesario conducirse correctamente ante principios y cánones éticos y religiosos. La medicina

ayurvedica (ciencia de larga vida) fue iniciada por los brahmanes pero acogida por médicos; uno de los aportes de mayor relevancia fue la aplicación de técnicas quirúrgicas como la rinoplastia, la extracción de cálculos vesicales y las cesáreas. Otro aporte de la medicina hindú, es el desarrollo de escuelas religioso-filosóficas, siendo el yoga de las más significativas, que consistía en un sistema de prácticas cuya función principal es preservar la salud tanto física como mental.

### **1.3.3. Medicina clásica**

En Grecia, la primera mención que se hace de la práctica médica es en la Hiliada, escrita por Homero, en donde se habla del trabajo de los cirujanos para curar heridas de guerra, se hacía una marcada diferencia entre el médico y el cirujano, ya que a la práctica de este último se le consideraba como un trabajo artesanal. Se continuaba ejerciendo la medicina mágico-religiosa como sacrificios a los dioses, ceremonias purificadoras, ofrendas a los dioses con la finalidad de conservar la salud o curar enfermedades.

Algunas escuelas que tuvieron relevancia en la medicina griega fue la de Asclepiades, en donde se combinaban tratamientos naturales con ritos de carácter religioso como ofrendas sacrificios y exvotos. Los templos de Asclepios eran construidos generalmente cerca de fuentes de aguas minerales o termales, ya que los baños eran uno de los principios terapéuticos además de los masajes, dietas y ejercicios gimnásticos. También se practicaban algunas técnicas de cirugía menor como drenado de abscesos, cura de heridas y ulceraciones.

Por su parte, la escuela de Mileto, quien fue un gran filósofo y viajero, visitó Egipto y babilonia, familiarizándose con los conocimientos que éstos tenían a cerca de las ciencias; estableció un nuevo método de análisis y pensamiento racional basado en la observación de la naturaleza, dejó a un lado los mitos y los dioses. Así, con los filósofos milesios como Anaximandro, que eran eminentemente naturalistas se da un primer paso firme en el campo de las ciencias.

Por otro lado, en la escuela pitagórica tienen relevancia Pitágoras, Alcmenón y Empédocles. El primero es conocido como el padre de la aritmética, se cree que vivió en Egipto y que aprendió de las enseñanzas de los sacerdotes. Alcmenón por su parte, realizó disecciones en animales y llegó a diferenciar las venas de las arterias. Se refirió al cerebro como el lugar de asentamiento de la inteligencia y planteó que la salud no solo era ausencia de enfermedad, sino que era un estado de armonía. Por otra parte, Empédocles estableció la teoría de los cuatro humores, planteaba que los ciclos de cambio en el hombre dependían de la interacción de cuatro elementos: el aire, el fuego, la tierra y el agua. Las terapias propuestas por los miembros de esta escuela estaban relacionadas con la higiene, ejercicios corporales, el empleo de la música, los hábitos de vida, el control de apetitos y placeres, el sueño, etc.

Un cambio muy importante inicia con la escuela Hipocrática que tiene sus orígenes en el siglo VI a.C. En su obra y en la de sus seguidores, se resalta la imposición de valores éticos en el ejercicio de la práctica médica, los cuales no fueron tratados por ninguna cultura y época anterior. El juramento médico, atribuido a Hipócrates es un ejemplo de ética médica que señala los principios de beneficencia y no maleficencia, los cuales han tenido pocas variaciones y en la actualidad fungen como normas morales en la práctica médica.

Los tratados de Hipócrates se basan específicamente en la medicina natural, por primera vez se independiza la medicina de la filosofía y la teología, estableciéndose como una ciencia empírica e individual; se promueve el racionalismo y se plantea que las enfermedades proceden de causas naturales<sup>20</sup>. Por ejemplo, las bases fisiológicas de esta escuela, estaban conformadas en primer lugar por la teoría de los cuatro humores (sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla), éstos debían mantenerse en correcta proporción con los otros, ya que su desequilibrio ocasionaba dolor y enfermedad<sup>21</sup>.

Los principios terapéuticos estaban encaminados a apoyar el trabajo de la naturaleza; se cuidaba de que los métodos de tratamiento no fueran perjudiciales

al paciente (*primum non nocere*); ante la impotencia o el desconocimiento, es preferible no hacer nada y tratar la causa de la dolencia.

En relación con la ética, la escuela hipocrática plantea que el médico debe realizar su trabajo guiado por dos principios: amor al hombre y amor al arte.

En otro texto griego de tendencia hipocrática, escrito aproximadamente en el 300 a. C. también se tratan aspectos ético morales como el comportamiento del profesional que incluye hablar con cautela; cuestiones relacionadas con la apariencia física, la necesidad de mantener la ropa limpia, la utilización de perfumes tenues, tomar notas de lo que refiere el enfermo y sentarse siempre a su misma altura para no ser arrogante.

Una medicina muy diferente era practicada en Roma ya que demuestra un carácter eminentemente agrícola. En esa época, era el *pater familias* el encargado de ejercer la medicina, quien se dedicaba a administrar remedios caseros, casi todos provenientes de productos del campo, se atribuían poderes curativos a productos como la lana de carnero, aceites, vino, alcohol, laurel, puerro y otras hierbas; la medicina Romana también tenía un alto componente mágico<sup>22</sup>; así, al igual que la culturas anteriormente mencionadas, la medicina en roma se dividía en dos grupos: la medicina primitiva, compuesta fundamentalmente por remedios caseros y una medicina ejercida por sacerdotes, heredada por los etruscos.

En Roma, al igual que en Grecia, el médico era considerado un artesano; si bien es cierto que podía gozar de una alta estima entre sus clientes, también lo es que desde el punto de vista social no formaba parte de la élite.

#### **1.3.4. La problemática actual de la medicina**

El siglo XX nació con la radioactividad y los rayos X y heredó las entonces y muy nuevas teoría celular y microbiana; vio nacer la inmunología, los quimioterápicos y los antibióticos, las vitaminas y las hormonas, la genética y la biología molecular; además de los trasplantes y microcirugía, entre otros<sup>19</sup>.

La aparición de estas técnicas han propiciado un vuelco total de la medicina diagnóstica y terapéutica, por ello, la medicina ha logrado ganarse un merecido prestigio social; pero indudablemente, no todo anda bien, ya que si por un lado el desarrollo tecnológico y sus beneficios son el lado positivo de la medicina, también queda claro que se ha minimizado el desarrollo ético, moral y humanístico, debido a que sus alcances privilegian a ciertos grupos sociales dejando a la mayoría de la población sin beneficio alguno.

Una característica importante de la medicina de finales del siglo XX y que aún sigue presente es su alta tecnología: las hábiles manos del hombre fueron sustituidas por sofisticados equipos que la "electrónica" puso a su disposición; así, el brazo del cirujano está siendo reemplazado por la máquina computarizada (robot), concentrándose el cirujano humano en la programación y manejo digitalizado de las computadoras.

Respecto a los cambios científicos y tecnológicos en el área médica, se han presentado dos paradigmas de suma importancia; el primero que es altamente positivo, se refiere al avance de una medicina organizada para el tratamiento individual de los pacientes, hacia una medicina social, que intenta organizarla en beneficio de la colectividad, es decir, la medicina organizada para atender a todos los habitantes de un país o de un grupo. Por otra parte, el cambio negativo del paradigma de la medicina es la conversión de una profesión eminentemente humanística y de beneficio social, que durante siglos se ha encaminado sólo a tratar de beneficiar al paciente, a una medicina concebida como una industria, en donde el elemento perturbador es que además debe buscar el beneficio de los inversionistas que han creado esta industria.<sup>23</sup>

La moral médica supone el seguimiento de normas que se ajustan a los requerimientos y obligaciones del médico, incluyendo las necesidades sociales; así, el médico no debe tener una moral separada del resto de la sociedad<sup>24</sup>; en este sentido, por un lado, el médico tiene la obligación de estudiar para mantenerse al día en los avances de su profesión, con el objeto de poder ofrecer

al paciente el mejor diagnóstico y tratamiento de su enfermedad; por otro, tiene la obligación moral de escuchar con atención, paciencia y comprensión todo lo que su paciente y sus familiares quieran decirle y a su vez explicarles con claridad y en lenguaje sencillo, tantas veces como sea necesario todo lo concerniente a su enfermedad y su pronóstico, su evolución y su tratamiento; la ausencia de estos aspectos debilita el establecimiento y la conservación de una relación Médico-Paciente constructiva y positiva.

La nueva medicina, con los adelantos en el conocimiento y en los maravillosos avances de la tecnología médica, pueden servir al ser humano mejor que nunca; las condiciones que enfrenta obliga a reflexionar en qué circunstancias esto puede lograrse para cumplir mejor con los postulados que constituyen la ética médica actual: beneficencia, pensar que toda acción sólo debe ser para el beneficio del enfermo; no maleficencia, evitar cualquier acción que redunde en daño, injusticia o peligro para el paciente; respeto a la autonomía, actuar con decisiones compartidas y evitar la actitud paternalista o con suficiencia que deja a un lado la opinión del enfermo; y finalmente, lograr que todas las acciones se inscriban en la justicia de la administración igualitaria de los recursos médicos para todos los enfermos, independientemente de su capacidad económica<sup>25</sup>.

#### **1.4. Relación médico-paciente**

La denominación <<relación médico-enfermo>> es la que tradicionalmente se ha venido empleando para designar el encuentro entre la persona enferma y el médico. Sin embargo, hoy en día, se emplean otras denominaciones para referirse a dicha relación. Tomando en cuenta que el médico no es sólo el único responsable del cuidado de los enfermos y que éstos pueden establecer relación con otros profesionales de la salud, y que por otro lado, la persona que consulta no tiene por qué ser necesariamente un enfermo (muchas personas sanas consultan para descartar una enfermedad o para someterse a una revisión rutinaria); por ello, el término enfermo dio un paso más genérico, que es el paciente, denominándose relación médico-paciente (RM-P) o profesional de la

salud-paciente. También se ha designado como relación médico-usuario o sanitario-usuario; sustentándose en la consideración de que el ciudadano es un usuario de servicios de salud, y no necesariamente un enfermo o un paciente; dicha denominación ha recibido duras críticas, porque al provenir la palabra <<usuario >> de las asociaciones de consumidores, parecería que se reduce al sujeto en la categoría de consumidor de salud. Posiblemente no existe un término que reúna todos los matices antes señalados y que sea ampliamente aceptado; por tanto en la investigación se aborda a la relación asistencial como relación médico-paciente, que es la más común y frecuente en el ejercicio clínico<sup>26</sup>.

En la expresión relación médico-paciente, la palabra paciente, viene de “el que sufre, el que padece”, no tiene relación en este caso, con la cualidad de esperar (con paciencia), por lo tanto, el médico debe asimilar que trata a seres humanos que padecen y no que esperan. Habitualmente y por necesidades obvias, el paciente acude buscando la atención del médico; relación que en un principio fue mágica y actualmente científica y tecnificada, haciendo frecuente, la pérdida de la calidez humana<sup>27</sup>.

La relación médico-paciente es más que un estrecho convenio profesional; las personas necesitan ayuda de otros desde el momento que nacen hasta cuando mueren, pero especialmente cuando están enfermas. La ayuda del médico es llamada asistencia, término que en su raíz etimológica significa “estar al lado del otro”; lo que el médico hace por la persona enferma, incluye por definición, una cierta cercanía o relación.

Todo aquel que mira la medicina moderna altamente tecnificada está de acuerdo con que esta relación está amenazada; los médicos inclinados técnicamente han soñado con un arte médico exento de relación y basado enteramente en datos dados por máquinas, punto de vista que influye en todos los aspectos del cuidado médico altamente tecnificado; en este caso los actos médicos no solo pueden ser realizados sin el contacto médico-paciente sino que en efecto sería mejor llevarlo



a cabo en una forma no personal, puesto que en una utopía médica técnica las pruebas sofisticadas libres de error asociadas con programas médicos computarizados eliminarían por completo la relación personal entre el médico y el paciente, y se afirma que mejoraría la prestación del servicio de salud. En los tiempos modernos el desarrollo técnico impersonal abunda y en consecuencia la dimensión humana de la medicina ha venido a caer bajo una presión considerable. Las nuevas tecnologías separan en una forma muy sutil al médico de sus pacientes<sup>28</sup>.

La relación del médico con el paciente es, de las relaciones humanas, una de las de mayor profundidad por el grado de empatía; constituye la esencia del ejercicio médico y en ella el paciente no sólo le confía al médico su cuerpo y en ocasiones su propia vida, sino sus éxitos, fracasos, miedos y pasiones, los sinsabores de su existencia y le entrega toda su confianza, además, tiene la esperanza de que sus males físicos y anímicos serán aliviados.

También se entiende como aquella interacción que se establece con el fin de devolverle al paciente la salud, aliviar su padecimiento y prevenir enfermedades<sup>29</sup>; en este sentido, el médico debe estar consciente de que la primera obligación que tiene con su paciente es llegar a un diagnóstico correcto, rápido y oportuno del malestar físico, asimismo, debe informarse cómo éste ha afectado al paciente en su salud mental, social y en el medio familiar en que se desenvuelve<sup>30</sup>.

En la actualidad, la relación médico-paciente se define como el encuentro entre dos personas con necesidades complementarias: la persona enferma y el médico que dispone de herramientas para tratar su padecimiento. Se trata de una relación en la que sus integrantes tienen derechos y obligaciones basados en el respeto que implica autonomía, justicia, confidencialidad y veracidad. El paciente reconoce y trata al médico como tal y éste debería reconocer y tratar al paciente como persona, no como objeto. Es decir, es un vínculo profesional con connotaciones éticas, filosóficas, sociológicas, en el que cada uno asume un rol definido.<sup>31</sup>

#### **1.4.1. Elementos y características de la relación médico-paciente**

Los elementos nucleares de esta relación son el enfermo y el médico, e intervienen factores del medio ambiente y tecnológicos que la pueden favorecer o entorpecer. El médico debe poseer esas cualidades: a) actuar en el mejor interés del paciente, b) poseer capacidad técnica y juicio clínico adecuados, c) tener disposición para escuchar, informar, orientar y atender al enfermo con empatía y d) mantener la veracidad, el secreto profesional y cumplimiento de las promesas; por su parte, los pacientes o sus familiares deben: a) asumir la responsabilidad del cuidado de su salud, b) ofrecer al profesional toda la información necesaria y veraz para favorecer su mejor cuidado, c) previa información y toma de decisiones, seguir las indicaciones que se le ofrecen para la atención de su salud, d) tener confianza en su médico<sup>20</sup>.

Por su parte Menéndez afirma que para el manejo exitoso de la relación médico-paciente se debe : trazar la meta de perfeccionar la relación médico-paciente, incrementar la información sobre el tema y asumir una permanente actitud de autocrítica en cada nueva experiencia profesional; cumplir cuidadosamente los pasos de la entrevista clínica; disponerse a ocupar el lugar del enfermo y sus familiares, y comportarse ante ellos como quisiera ser tratado en esa situación; evitar que los problemas personales se reflejen en la relación médico-paciente; mostrar a los pacientes el interés por conocerlos integralmente como personas; no perder la oportunidad para expresarles afecto<sup>18</sup>.

La existencia de estas características hace más probable que esta relación se vuelva más productiva tanto en lo afectivo como en lo técnico.

#### **1.5. Modelos de relación médico-paciente**

La relación entre el médico y el enfermo puede entenderse con distintos modelos, que de hecho se emplean no solo por diferentes profesionales, sino también en diferentes momentos por un mismo médico.

Se han descrito diversos modelos de comunicación vinculados a diferentes grados de respeto a los valores del paciente, al enfoque con que el profesional de la salud atiende la enfermedad y los objetivos de la interacción<sup>32,33</sup>; estos modelos permiten la comprensión de la visión sobre la práctica médica predominante en el médico mediante el análisis del tipo de relación que establece con su paciente; a continuación se destacan las características básicas de cada modelo.

**1.5.1. Modelo Paternalista:** A veces llamado paternal<sup>34</sup> o sacerdotal, donde el médico asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias y que garantizan su salud y bienestar; los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y la fase de su proceso enfermizo, asimismo se eligen las pruebas diagnósticas y tratamientos más adecuados con el objeto de restaurar la salud del paciente o calmar su dolor.

Se cree que es Hipócrates el fundador de este modelo de carácter paternalista, considerado el más antiguo, pero todavía vigente en la relación que mantienen muchos médicos con sus pacientes; en este modelo, el médico se esfuerza en determinar lo que es lo mejor para el paciente, prescindiendo del paciente mismo, esto es, sin que éste intervenga en la decisión. El médico, presuponiendo que es quien más sabe sobre la enfermedad del paciente, entabla con él una relación paternalista, en la que implícitamente retiene que lo mejor para el paciente es que no intervenga en la toma de decisiones debido a la ignorancia sobre su caso, asimismo, los valores y capacidades del paciente son menospreciados; además, se supone que el paciente estará agradecido por las decisiones tomadas por el médico aún cuando no esté de acuerdo en el momento de la decisión.

En este modelo de relación desaparece el principio de autonomía del paciente, a éste se le trata como a alguien que no tiene dicha capacidad, ya que el médico en vez de ayudarlo para que tome decisiones se prescinde de él por creer que en medicina quien más sabe es el médico y que la opinión del paciente es superflua, por lo tanto, las opiniones de éste no cuentan, dejando de lado también sus motivaciones, lo que es importante para él, sus temores y frustraciones.

**1.5.2. Modelo Deliberativo:** El médico discute con su paciente las opciones de atención a su salud basándose en un intercambio de información veraz, oportuna, clara y comprensible, de manera tal que el paciente sea un participante activo en la toma de decisiones; el objeto de la relación es ayudar al paciente a determinar y elegir entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico. Con este fin el médico debe esbozar la información sobre la situación clínica del paciente y ayudarlo posteriormente a aclarar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles.

En este modelo el médico actúa como un maestro o un amigo, en donde ambos entablan un diálogo y se determina el tipo de actuación que se considera la mejor. El médico indica no solo qué es lo que el paciente podría hacer sino también, qué decisión respecto al tratamiento sería la más adecuada, por esta razón, la autonomía<sup>35</sup> del paciente se concibe como un autodesarrollo moral debido a que éste está capacitado no solamente para seguir unas preferencias irreflexivas o unos valores establecidos, sino también para analizar, a través del diálogo, los distintos valores relacionados con la salud, su importancia, y sus implicaciones en el tratamiento.

**1.5.3. Modelo Informativo:** A veces llamado modelo científico o del consumidor, en donde el objetivo de la relación es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el médico la llevará a cabo. Para ello el médico informa al paciente sobre el estado de su enfermedad, la naturaleza de los diagnósticos posibles, las intervenciones terapéuticas, la probabilidad tanto de los beneficios como de los riesgos asociados a cualquier intervención y sobre la incertidumbre del conocimiento médico; así, los pacientes podrían llegar a conocer toda la información médica relevante en relación con su enfermedad y las actitudes terapéuticas posibles y seleccionar la intervención que mejor se ajuste a sus valores, razón por la cual, el médico se transforma en un proveedor de servicios altamente tecnificado ya que es el

paciente quien decide por completo las acciones que el médico debe tomar sin pedir opinión o recomendación del mismo.

Este modelo surge del poder tecnológico de la biología y medicina modernas. Se ve al paciente únicamente desde el punto de vista de su carne, como si fuera sólo un conjunto de órganos, tejidos, huesos, nervios, etc. y no una persona, un ser espiritual; es decir, se confía todo al poder de la técnica y se deja a un lado a la persona<sup>20,36</sup>.

**1.5.4. Modelo Interpretativo:** El objetivo de la relación médico-paciente es determinar los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, y ayudarlo así a elegir de entre todas las intervenciones médicas disponibles aquellas que satisfagan sus valores; si bien, el médico informa al paciente sobre la naturaleza de su afección, sobre los riesgos y beneficios de cada intervención posible, también le ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores. En este modelo, los valores del paciente no son fijos ni conocidos por él, los tiene poco definidos y comprendidos parcialmente y pueden entrar en conflicto cuando los aplica a situaciones concretas; de este modo, la tarea del médico es aclarar y hacer coherentes esos valores; así, ambos trabajan intentando reconstruir los objetivos del paciente, sus aspiraciones, sus responsabilidades y su carácter. Desde una perspectiva extrema, el médico concibe la vida del paciente como un todo discursivo desde donde se determinan sus valores y sus prioridades; así, el médico determina qué pruebas y tratamientos se apegan a los valores del paciente. La importancia de este modelo radica en que el médico no impone órdenes al paciente, sino que es el paciente quien en última instancia decide qué valores y formas de actuar se ajustan mejor a lo que él es. En este modelo el médico es un consejero, facilitando al paciente información relevante, ayudándole a aclarar valores y sugiriéndole las intervenciones médicas que mejor los lleven a cabo. Por lo tanto, la autonomía del paciente se concibe como una autocomprensión, es decir, el paciente llega a conocer claramente quién es y cómo las distintas opciones médicas afectan su identidad.

## **2. Planteamiento del problema**

La concepción cognitivo-evolutiva del desarrollo moral propuesta por Kohlberg, hace referencia a la interacción que existe entre el sujeto y el medio ambiente; desde este punto de vista, se asume que la estructura mental básica es el producto de la modelación de la interacción entre el organismo y el entorno; sin embargo no es una imposición de modelos externos, sino una labor que debe conducir a la formación de la propia identidad moral, la cual sólo se logra mediante el cultivo y la reflexión personal; así, esta labor es compartida, socializada y guiada por los valores que predominan en el medio, pero que no determinan absolutamente las decisiones.

De este modo, cuando el sujeto se permite influenciar por el entorno sin analizar la problemática en la que se encuentra, su juicio moral será limitado el cual impide un desempeño adecuado en la solución de problemas y toma de decisiones; además, este desfase obstaculiza el fortalecimiento y el vínculo de las relaciones sociales, pues no permite que la persona tome decisiones razonables frente a situaciones de su vida cotidiana.

Lo anterior se presenta en la educación médica, fundamentalmente en ámbitos hospitalarios donde la relación médico-paciente se ve circunscrita a las condiciones de hospitalización del paciente, lo que pone énfasis en estudiantes de posgrado que cursan residencias médicas hospitalarias.

Así, se ha demostrado en diversas investigaciones que estudiantes universitarios presentan un nivel de desarrollo moral que se sitúa en su mayor proporción en el estadio 4 (moral convencional)<sup>37</sup>, las razones de esta situación son atribuidas a múltiples factores, los cuales incluyen la educación familiar, las experiencias culturales<sup>38</sup>, condiciones socioeconómicas, la falta de un adecuado estímulo en los primeros años de estudio, además de modelos inadecuados para desempeñar su actividad profesional, lo que hace que se generen tensiones durante el encuentro médico-paciente.

Por otra parte, los procesos de formación de los estudios de posgrado (especialidades) en el ámbito de la medicina, se caracterizan por la enseñanza de un modelo biológico-lesional de enfermedad que consiste en que el objeto de estudio y el campo de acción es el cuerpo humano, no así la persona<sup>33</sup>; el exceso de horas de trabajo, sobrecarga de pacientes que se encuentran bajo su responsabilidad, relaciones afectivas en el campo laboral de tipo autoritarias, verticales, de jerarquía militar; conllevan a la predominancia de la relación médico-paciente de tipo paternalista.

Con base en lo anterior, surgen las siguientes interrogantes.

¿Qué niveles de juicio moral han alcanzado los médicos residentes?, ¿Cuál es el modelo de relación médico-paciente que utilizan en mayor medida los médicos residentes?, ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto al juicio moral y los modelos de relación médico-paciente?, ¿Existe relación entre el nivel de juicio moral y los modelos de relación médico-paciente?

### **3. Hipótesis**

- El nivel convencional predomina en los médicos residentes.
- El modelo de relación médico-paciente que utilizan en mayor medida los médicos residentes es el paternalista.
- Existen diferencias significativas en los estadios de juicio moral y los modelos de relación médico-paciente entre hombres y mujeres.
- Existe relación entre los estadios de de juicio moral y los modelos de relación médico-paciente.



## **4. Objetivos**

### **Objetivo general**

- Analizar la relación que guarda el juicio moral y los modelos de relación médico-paciente en residentes de la Universidad Autónoma del Estado de México.

### **Objetivos específicos**

- Identificar el juicio moral de los médicos residentes de la Universidad Autónoma del Estado de México.
- Identificar los modelos de relación médico-paciente que utilizan los médicos residentes de la Universidad Autónoma del Estado de México.
- Determinar si existen diferencias significativas entre el sexo y el juicio moral.
- Determinar si existen diferencias significativas entre el tipo de especialidad y el juicio moral.
- Determinar si existen diferencias significativas entre el sexo y los modelos de relación médico-paciente.
- Determinar si existen diferencias significativas entre el tipo de especialidad y los modelos de relación médico-paciente.

## 5. Justificación

Se ha demostrado que la falta de asignaturas relacionadas con temas como comunicación, ética y conflictos médico-paciente, limita el desarrollo de una adecuada relación médico-paciente, además se ha encontrado que los médicos utilizan el modelo paternalista<sup>30</sup>.

Asimismo, algunos estudios refieren que la infraestructura de los servicios, la insuficiencia de recursos a nivel local, el tiempo destinado a los encuentros clínicos y la ausencia de un trabajo basado en las necesidades del paciente, son factores que influyen en las actitudes y comportamientos de los médicos<sup>39, 40</sup>.

Si bien es necesario que la educación para la ciudadanía esté constituida por competencias tanto teóricas como prácticas, también es de suma importancia que los alumnos tengan una integridad profesional y una conducta ética como lo demanda la sociedad<sup>41</sup>. Dado que los médicos trabajan con seres humanos que no solo enferman de un órgano o sistema, sino que además “padecen” la enfermedad, es necesario que en su formación, el médico residente adquiera una preparación humanística que le permita comprender al individuo que padece una enfermedad, ser solidario con su sufrimiento y tener presente que todas las acciones que tome como médico deben ser sólo motivadas por la necesidad de curar, aliviar y consolar al enfermo<sup>42, 43</sup>.

## **6. Material y método**

### **6.1. Diseño de estudio**

Se trata de un estudio no experimental, transversal, dado que los datos fueron recolectados en un solo momento y sin manipular las variables de estudio.

El tipo de estudio fue descriptivo, comparativo y correlacional, ya que se identificó la forma en que se manifestaron las variables; a su vez, se compararon las variables estudiadas en dos grupos y se evaluó la relación que existe en ellas.

#### **MUESTRA**

Los participantes se eligieron a partir del muestreo no probabilístico por conveniencia; de esta forma se incluyeron a un total de 318 médicos residentes de primer grado, de los cuales: 71 residentes de la especialidad de Medicina familiar, 49 de Ginecología y obstetricia, 45 de pediatría, 39 de anestesiología, 36 de Medicina Interna, 33 de Cirugía General, 14 de ortopedia, 9 de Imagenología, 6 de Otorrinolaringología; tanto la especialidad de Medicina de Urgencias como Medicina del enfermo en estado crítico estuvo conformada por 5 médicos residentes; por su parte, en la especialidades de Radiología, Radiooncología, Cirugía Maxilofacial, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Crítica y Obstetricia, Cirugía Pediátrica y Cirugía plástica reconstructiva participaron 3 residentes en cada una; y en la especialidad de Urología participaron 2 residentes.

### **6.2. Criterios de inclusión y eliminación**

#### *Criterios de inclusión:*

Los médicos residentes de la Universidad Autónoma del Estado de México que sean seleccionados.

Médicos residentes de ambos géneros.

Que pertenezcan a las especialidades ofertadas por la Facultad de Medicina

Que acepten participar de forma voluntaria en el estudio y firmen la carta de consentimiento informado

Que los instrumentos de recopilación de la información estén completos.

*Criterios de eliminación:*

Que los instrumentos de recopilación de la información estén incompletos

### **6.3. Procedimiento**

En un inicio, se construyó una escala tipo Likert para evaluar los Modelos de Relación Médico-Paciente dirigido a residentes de la Universidad Autónoma del Estado de México; se redactaron 54 ítems con base a la revisión de la literatura; posteriormente, se realizó una revisión por parte de cinco expertos con la finalidad de que examinaran la estructura y redacción de los ítems, además, que mantuvieran coherencia y que cumplieran con los fundamentos teóricos de la Relación Médico-Paciente; además, que revisaran que el lenguaje fuera pertinente para ser respondido por los médicos residentes de una forma clara y precisa; una vez hechas las observaciones, se realizó un estudio piloto con 98 estudiantes de medicina con experiencia en el área clínica, se les dio a conocer el objetivo de la investigación y la importancia de contestar honestamente cada ítem; los datos obtenidos se capturaron en el programa SPSS; para determinar la consistencia interna del instrumento, se obtuvo alfa de Cronbach de .796<sup>44</sup>, <sup>45</sup>.

Para continuar con la investigación, se reunió a los médicos residentes el día de su inscripción en la facultad de medicina de la UAEM; se les invitó a participar en el estudio, se les dio a conocer el objetivo de la investigación y la importancia de su apoyo, además, se les proporcionó la carta de consentimiento informado.

Posteriormente, se aplicó la Prueba de definición de criterios para evaluar del Desarrollo de Juicio Moral y la escala de Modelos de Relación Médico-Paciente; una vez que se obtuvieron los datos, se realizó la captura en el programa SPSS, eliminando aquellos instrumentos que estuvieran incompletos; posteriormente, se llevó a cabo el análisis estadístico y presentación de resultados.

#### 6.4. Variables de estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
JUICIO MORAL	Capacidad de tomar decisiones y hacer juicios basados en principios internos y de actuar de acuerdo a estos juicios.	Estadio 1 Estadio 2 Estadio 3 Estadio 4 Estadio 5a Estadio 5b Estadio 6 Índice P	Categórica	Ordinal
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	Relación compleja entre dos seres humanos, en la que además de un proceso científico y a veces simple transacción mercantil, es sobre todo un acto profundamente ético y humanitario, cuya esencia es acompañar al enfermo, darle aliento y esperanza <sup>46</sup> .	Modelo paternalista Modelo informativo Modelo deliberativo Modelo interpretativo	Categórica	Ordinal

#### Variables de clasificación:

Sexo: condición orgánica masculina o femenina

Especialidad médica: sistema educativo de formación de posgrado en todas las ramas generales y especiales de la medicina.

#### 6.5. Implicaciones bioéticas

El proyecto se sujetó a los principios básicos de la declaración de Helsinki<sup>47, 48</sup> se tomaron en cuenta sus criterios para que la presente investigación se llevara a cabo de forma adecuada.

En un inicio, se dieron a conocer los objetivos, los métodos utilizados (que en este caso fueron dos test); se explicaron los beneficios de la investigación, se aclaró a los participantes que no corrían ningún riesgo, también se les explicó que tenían la libertad de no participar en caso de que no se sintieran cómodos con la información que se debía proporcionar.

Asimismo, se les mencionó que los datos que aportaran, serían confidenciales; también se les dio a conocer que para la publicación de los resultados, el encargado de la investigación tiene la obligación de respetar la exactitud de los mismos; además, se resaltó que el estudio no representaba ningún riesgo a su integridad física o mental.

## **6.6. Recolección de datos**

El instrumento que se aplicó en los médicos residentes es la Prueba de definición de criterios (Defining Issues Test, DIT) diseñada por Rest en 1990 para evaluar el Desarrollo de Juicio Moral, fundamentado en la teoría de Kohlberg. Es una prueba validada y estandarizada en México<sup>49</sup>, la cual consta de 6 historias (Enrique y el medicamento, La ocupación de los estudiantes, El preso evadido, El dilema del doctor, el señor Gómez y el Periódico) que presentan problemas sociomorales y miden el nivel de razonamiento moral.

En primer lugar, el sujeto evalúa doce alternativas por dilema en una escala de cinco niveles de importancia (de importantísimo a nada importante) para la resolución del problema planteado. En un segundo momento, los sujetos seleccionan las cuatro alternativas que consideran más importantes (jerarquizándolas por orden: de la 1ª a la 4ª más importante) para la solución del dilema. La puntuación permite situar a los sujetos en un continuo de 6 estadios jerarquizados del desarrollo moral.

Las respuestas de los sujetos se adscriben a seis estadios (2, 3, 4, 5a, 5b y 6); además, el DIT permite obtener una puntuación P, una puntuación A y una puntuación en la escala M.

La puntuación P es el sumatorio de los puntos dados a los ítems propios de los estadios 5a, 5b y 6, que resulta de las cuatro cuestiones que los sujetos

consideran más relevantes para cada dilema<sup>50</sup>. Esta puntuación ha sido el índice más utilizado y significa la importancia relativa que un sujeto da a las consideraciones morales fundamentadas al tomar una decisión sobre dilemas morales; la puntuación P representa el razonamiento moral posconvencional, es decir, aquel tipo de razonamiento que recurre a criterios morales que rebasan los límites de grupos familiares, nacionales y hasta étnicos y se conduce por principios éticos de alcance universal de acuerdo con opciones de conciencia de los sujetos<sup>51</sup>.

La escala A mide el pensamiento relativista de los sujetos y la escala M sirve para controlar en qué medida los sujetos han entendido la tarea o no. Consiguientemente, es esperable que los sujetos obtengan puntuaciones bajas en las escalas A y M para que sean fiables las puntuaciones obtenidas en los estadísticos<sup>52</sup>.

El cuestionario que midió los Modelos de Relación Médico-Paciente es una escala tipo Likert constituida por 31 ítems, dividida por los modelos paternalista, deliberativo, informativo e interpretativo, en donde se presentan cinco opciones de respuesta (de nunca a siempre); el puntaje obtenido ubica al médico en uno de los modelos de acuerdo a los diferentes grados de respeto, los valores del paciente, al enfoque con que el médico atiende la enfermedad y los objetivos de la interacción.

### **6.7. Análisis estadístico**

Se manejó el paquete estadístico SPSS versión 20 para la captura de datos y se eliminaron los instrumentos incompletos; una vez concluida, se procedió a interpretar los datos obtenidos.

Se utilizó la estadística descriptiva para las variables sexo, edad, especialidad, estadio de juicio moral y modelos de relación médico-paciente; además, debido a la distribución anormal de los datos, se utilizaron pruebas no paramétricas para identificar las diferencias entre grupos (U de Mann Whitney) y para establecer la relación entre las variables se utilizó la correlación de Spearman.

## **7. Resultados**

### **7.1 Nombre del artículo enviado**

a) Título del artículo: "Modelos de relación médico-paciente y juicio moral en médicos residentes de la Universidad Autónoma del Estado de México"

b) Nombres de los autores y afiliación institucional:

Aurora León Hernández, Arturo García Rillo

Universidad Autónoma del Estado de México

Toluca Estado de México, México



## 7.1.1 Carta de envío

4/3/2014

Mensagem de Impressão do Outlook

### FW: [Bordon] ACUSE DE RECIBO DE RECEPCION DE ARTICULO

De: **Arturo G. Rillo** (dr\_rillo@hotmail.com) Moveu esta mensagem para a sua localização atual.  
Enviada: terça-feira, 4 de Março de 2014 02:45:07  
Para: Aurora (yohual\_tzin@hotmail.com); Alejandra benitez (aledonbar@yahoo.com.mx)

Les reenvío el acuse de recibo de recepción del artículo en la revista

Saludos

Dr. en H. Arturo G. Rillo

*Líder del Cuerpo Académico de Humanidades Médicas.*

*Profesor de Tiempo Completo*

*Presidente de la Academia de Fisiología*

*Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México*

*Paseo Tollocan esq. Jesús Carranza*

*Col. Moderna de la Cruz*

*CP 50180, Toluca, México.*

*WEB Personal: <http://geocities.ws/arturorillo/>*

Socio Fundador de la Red Colaborativa de Recursos Humanos en Salud A. C. ([www.redcorhus.org.mx](http://www.redcorhus.org.mx))

Inscrito en la Red Mundial de Escritores en Español - REMES (<http://www.redescritoresespa.com/>)

> To: dr\_rillo@hotmail.com  
> Subject: [Bordon] ACUSE DE RECIBO DE RECEPCION DE ARTICULO  
> Date: Tue, 4 Mar 2014 09:26:16 +0100  
> From: recyt@recyt.fecyt.es

>

> Estimado/a Dr. Arturo Garcia Rillo:

>

> Gracias por enviarnos su manuscrito "Modelos de relación médico-paciente y

> juicio moral en médicos residentes de la Universidad Autónoma del Estado

> de México" a Bordón. Revista de Pedagogía. A través del sistema de

> gestión de revistas online que usamos podrá seguir su progreso a lo largo

> del proceso editorial identificándose en el sitio web de la revista:

>

> URL del manuscrito:

> <http://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/author/submission/28128>

> Nombre de usuario/a: arturorillo

>

> Si tiene cualquier pregunta no dude en contactar con nosotros. Le

> agradecemos nuevamente el haber tenido en cuenta esta revista para difundir

> su trabajo.

<https://snt149.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=472c84b5-a379-11e3-845b-002264c1614c,m&isSafe=true&FolderID=00000000-0000-0000-0000-0...> 1/2

4/3/2014

Mensagem de Impressão do Outlook

>  
> Reciba un cordial saludo,  
>  
> Arturo Galán  
> Bordón. Revista de Pedagogía  
> <http://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON>  
>  
> [Mensaje enviado a través de RECYT, por favor no responda directamente, si  
> necesita contactar con la persona que le envió este mensaje identifíquese  
> en <http://recyt.fecyt.es/> y hágalo desde la plataforma. Para cualquier duda  
> escriba a [inforecvt@fecyt.es](mailto:inforecvt@fecyt.es)]  
>  
> [This message was sent from RECYT, please do not respond to this email. If  
> you would like to contact the person who sent this message, please log in to  
> <http://recyt.fecyt.es> and email him from there. If you have any questions  
> don't hesitate to email us at [inforecvt@fecyt.es](mailto:inforecvt@fecyt.es)]  
>  
>  
>  
>

## **Modelos de relación médico-paciente y juicio moral en médicos residentes de la Universidad Autónoma del Estado de México**

**7.1.2 Resumen.** Los modelos de relación médico-paciente varían de acuerdo a las circunstancias clínicas y sirven de guía a los médicos en diferentes momentos, sin embargo, un modelo puede ser asumido y los otros se usarán excepcionalmente. El juicio moral es considerado como un proceso cognitivo que permite reflexionar al sujeto sobre sus propios valores y ordenarlos en una jerarquía lógica; está relacionado con la conducta, con la capacidad de asumir roles y funciones cognitivas. En este sentido, se realizó el estudio para analizar la relación existente entre los modelos de relación médico-paciente y el juicio moral de los médicos residentes de la Universidad Autónoma del Estado de México. Mediante un estudio no experimental, transversal se evaluó el juicio moral y los modelos de relación médico paciente en 318 médicos residentes de 19 especialidades impartidas por la Universidad Autónoma del Estado de México. Se utilizaron pruebas no paramétricas congruentes con la distribución y el objetivo de estudio: correlación de Spearman y Mann Whitney. No se encontró relación entre el juicio moral y los modelos de relación médico-paciente. Respecto al juicio moral se encontraron diferencias significativas por sexo; no se encontraron diferencias entre el tipo de especialidad. El modelo de relación médico-paciente que se utiliza en mayor medida es el paternalista. El desarrollo moral es caracterizado por el predominio de la moralidad convencional, específicamente del estadio 4. Los resultados encontrados indican que las mujeres llevan a cabo razonamientos de tipo posconvencional y los hombres utilizan razonamientos enfocados a la moral convencional.

**Palabras clave:** juicio moral; relación médico-paciente; médicos residentes.

**Title:** Models of physician-patient relationship and moral judgment in medical residents at the Autonomous University of the State of Mexico

**7.1.3 Abstract.** Doctor-patient relationship models change according to the clinic circumstances and provide guidance to the doctors in different situations, however, a model can be taken and other will be used exceptionally. Moral judgment is considered a cognitive process that allows the subject to reflect on their own values and arrange them in a logical hierarchy; it is related to the behavior, with the ability to take roles and cognitive functions. Analyze the relationship between doctor-patient relationship models and moral judgment of resident doctors from Universidad Autónoma del Estado de México. Through a non-experimental and cross-sectional research moral judgment levels and doctor-patient relationship were tested in 318 resident doctors of 19 different specialties, issued by Universidad Autónoma del Estado de México. Nonparametric tests were used in consistence with the distribution and the objective of study: Spearman correlation and Mann Whitney. There wasn't found any relationship between moral judgment and doctor-patient relationship models. Regarding moral judgment, important differences were found by gender; no differences were found among the types of specialties. The doctor-patient relationship model used to a greater extent is paternalistic. Moral development is characterized by the prevalence of conventional morality, specifically in stage 4. The results found indicate that women perform post conventional reasoning type and men use arguments focused on conventional morality.

**Key words:** moral judgment, doctor-patient relationship, resident doctors.

## 71.4 Introducción

En la relación médico-paciente se ven involucrados: el quehacer del médico, el papel del paciente que toma en dicha relación y los cambios científicos, tecnológicos y sociales que la han ido transformando en diferentes momentos de la historia.

Lain Entralgo conceptualizó a la relación médico-paciente (RMP) como una interacción entre un médico que actúa con vocación y un enfermo con auténtica voluntad de curación, sin una mentalidad mágica o supersticiosa, confianza en la capacidad técnica y en la persona que lo atiende (Lain Entralgo, 1964); desde este punto de vista, implica una interacción comunicativa destinada en un principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico; además, en muchos casos, permite la posibilidad adicional de promover procesos de transformación y desarrollo humano en sus participantes. Para alcanzar esta posibilidad se requiere que dicha comunicación vaya más allá de un simple intercambio de información y se constituya en una recíproca y fructífera relación interpersonal (Bohorquez, 2004; Erazo, 2012; Maseruelo, 2009).

En la actualidad, se considera que la mejor RMP es aquella que se enfoca a este último ya que la atención que se centra en el paciente es definida como congruente y sensible a sus necesidades y preferencias (Sogi et al, 2006). De esta manera, para poder tratar al paciente y clarificar el rol que éste tiene dentro de la relación, se establecieron cuatro modelos de RMP donde se ven involucradas las obligaciones del médico, el papel que desempeñan los valores del paciente y la manera de concebir la autonomía del mismo, los cuales son: paternalista, deliberativo, informativo e interpretativo (Emanuel y Emanuel, 1992; Bascuñan 2005) dichos modelos idealmente se utilizan de acuerdo a las características del paciente y al tipo de situación clínica.

El entorno cambiante del ejercicio de la medicina actual, determinado por fuerzas sociales, políticas, tecnológicas y culturales han distorsionado el fundamento esencial de la RMP (Rodríguez Silva, 2010); de este modo, los cambios científicos y tecnológicos en el área médica, han influido en el cambio de paradigma en la medicina, convirtiéndola de una profesión eminentemente humanística y de beneficio social, hacia una medicina concebida como una industria, en donde el elemento perturbador es que se busca el beneficio de los inversionistas que han creado esta industria (Rivero y Martínez, 2011); dicha situación

convierte al paciente en “comprador” o cliente con exigencias y a los médicos como “vendedores”. Tales sucesos han afectado la relación médico-paciente, incrementando los errores médicos y violando los principios de la ética médica.

Si bien el avance tecnológico ha sido determinante en el progreso de la ciencia y en el aprovechamiento para aplicarlo al ejercicio de la medicina, ha interferido en la relación humana entre el enfermo y el médico, generando una práctica médica defensiva y carente de empatía. Se tiende hacia un mejor uso de la tecnología para obtener, ordenar y seleccionar el conocimiento con mayor precisión y fundamentar con evidencias las decisiones diagnósticas y terapéuticas (Piña-Garza et al, 2008); tales decisiones tienen en mayor o menor medida algún tipo de implicación moral en donde se ven involucrados valores y reglas morales que pudieran afectarle tanto al médico como al paciente si no se llega a soluciones razonables.

El interés por el desarrollo moral ha contribuido a la formación de diferentes teorías (Zerpa, 2007); el enfoque cognitivo-evolutivo iniciado por Piaget (Botero et al 2003; Barra Almagiá, 1987) explica cómo el individuo estructura un orden moral externo y la forma en que estas estructuras cambian durante el desarrollo del individuo, posteriormente fue ampliado por Kohlberg en 1992, Rest y Narvaez, Bebeau y Thoma en 1999 (Puig, 1995; Barba y Romo 2005); esta propuesta respecto al desarrollo de la moralidad, está formada por tres niveles, cada uno compuesto por dos estadios que representan estructuras de juicio y perspectivas socio morales diferenciadas, que tienen como condición necesaria, pero no suficiente, el desarrollo cognitivo, dado que influye además, la interacción entre el sujeto y su ambiente físico y social (Barba 2007; Pérez-Delgado, 1995) las cuales son: **Nivel preconvencional** que se divide en: *estadio 1*, Moral heterónoma: orientación del castigo-obediencia y perspectiva social egocéntrica, *estadio 2*: Moral individualista, de propósito instrumental e intercambio: se siguen las reglas de acuerdo con el propio interés y necesidades; dejar a otros hacer lo mismo. **Nivel convencional**, dividido en *estadio 3*: Expectativas interpersonales mutuas, de relaciones y de conformidad interpersonal y el *estadio 4*: Moral del sistema social y de conciencia motivada por cumplir el deber aceptado y sustentar las leyes: la perspectiva social; distinguir entre el punto de vista interpersonal y el social. **Nivel posconvencional**, en el que se incluye el *estadio 5*: Moral del contrato

social o de utilidad y de los derechos individuales: la perspectiva social es la del individuo racional consciente de los valores y derechos previos al contrato social y *estadio 6*: Moral de principios éticos universales: la perspectiva social consiste en el reconocimiento de principios morales universales de los cuales se derivan los compromisos sociales, debido a que las personas son fines en sí mismas y así deben ser reconocidas (Torres et al, 2010).

Desde este enfoque se considera que en la RMP se ven involucrados elementos correspondientes al nivel de desarrollo moral posconvencional dado que se requiere de respeto, responsabilidad, reciprocidad, planteamiento cuidadoso de las acciones para evitar errores y empatía, por esta razón, el objetivo principal de este estudio es analizar la asociación entre la relación médico-paciente y el juicio moral de los médicos residentes de la Universidad Autónoma del Estado de México.

#### **7.1.5 Método**

Se realizó una investigación no experimental de tipo transversal. La población de estudio estuvo conformada por 318 médicos residentes de primer grado de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Para medir la relación médico-paciente, se elaboró una escala tipo Likert constituida por 31 reactivos, dividida por los modelos paternalista, deliberativo, informativo e interpretativo, en donde se ubica al médico en uno de los modelos de acuerdo a los diferentes grados de respeto, los valores del paciente, al enfoque con que el médico atiende a la enfermedad y los objetivos de la interacción; consta de cinco opciones de respuesta que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo; las puntuaciones obtenidas de cada modelo se ubican en rangos percentiles en donde se establece que a mayor puntuación, mayor uso del modelo de relación médico-paciente. La validez de contenido se estableció a partir de la prueba de jueceo; la confiabilidad fue determinada a través de un estudio piloto en el que participaron 98 médicos, obteniendo un alfa de cronbach de .796 (Celina y Campo, 2005) (resultados no publicados).

Se utilizó la Prueba de Definición de Criterios (Defining Issues Test, DIT) diseñada por Rest en 1990 para evaluar el desarrollo moral, fundamentada en la teoría de Kohlberg, validada en México y países latinoamericanos (Pérez y Dusan, 2009). Consta de seis

historias, cada una presenta un problema moral, donde el sujeto en un inicio debe evaluar doce opciones por dilema en una escala de cinco niveles, desde importantísimo a nada importante, en donde se contienen diversas perspectivas de juicio moral. Posteriormente se jerarquizan los cuatro enunciados más importantes para cada historia basándose en la fase anterior; a tales valores se les otorga una puntuación que expresa la frecuencia con la que el individuo utiliza una estructura correspondiente a alguno de los estadios de juicio moral. Además contiene una escala A que mide el pensamiento relativista de los sujetos y la escala M, que sirve para controlar en qué medida los sujetos han entendido la tarea o no; por lo tanto, es esperable que los sujetos obtengan puntuaciones bajas en las escalas A y M para que sean fiables las puntuaciones obtenidas en los estadísticos.

Una vez que los médicos residentes contestaron ambos instrumentos, los datos obtenidos se capturaron en el programa estadístico SPSS versión 20, eliminando aquellos instrumentos que estuvieran incompletos y que la puntuación del índice M fuera mayor a 14 (altas puntuaciones indican que el cuestionario carece de confiabilidad). Posteriormente se llevó a cabo el análisis de los datos utilizando la estadística descriptiva; a partir de la prueba Kolmogorov-Smirnov se determinó que los datos no satisfacen el supuesto de normalidad, de este modo se tomó la decisión de utilizar pruebas no paramétricas congruentes con la distribución y el objetivo de estudio.

### **7.1.6 Resultados**

La población se conformó por 318 médicos residentes, 200 pertenecen a especialidades clínicas y 118 a especialidades quirúrgicas; el 47.8% son hombres y 52.2% mujeres (ver tabla 1). La edad de los sujetos fluctúa desde los 20 a los 45 años, con una media de 27.13 años  $\pm$  2.73, IC. .30.



**Tabla 1.** Frecuencias y porcentajes por tipo de especialidad y sexo en médicos residentes de la Universidad Autónoma del Estado de México

TIPO DE ESP.	ESPECIALIDAD	SEXO				Total
		HOMBRE		MUJER		
		F	%	F	%	
ESPECIALIDADES CLÍNICAS	Medicina familiar	25	16.4	40	24.1	65
	Pediatría	8	5.3	35	21.1	43
	Anestesiología	13	8.6	23	13.9	36
	Medicina interna	23	15.1	12	7.2	35
	Imagenología	4	2.6	5	3.0	9
	Medicina del enfermo en estado crítico	2	1.3	2	1.2	4
	Radiología	1	.7	2	1.2	3
	Radio oncología	0	0	2	1.2	2
	Medicina física y rehabilitación	0	0	3	1.8	3
	<b>Total</b>		<b>76</b>		<b>124</b>	
ESPECIALIDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS	Ginecología y obstetricia	25	16.4	23	13.9	48
	Cirugía general	22	14.5	11	6.6	33
	Ortopedia	13	8.6	0	0	13
	Otorrinolaringología	2	1.3	4	2.4	6
	Medicina de urgencias	4	2.6	0	0	4
	Cirugía maxilofacial	3	2.0	0	0	3
	Medicina crítica y obstericia	1	.7	2	1.2	3
	Cirugía pediátrica	3	.20	0	0	3
	Cirugía plástica y reconstructiva	1	.7	2	1.2	3
	Urología	2	1.3	0	0	2
<b>Total</b>		<b>76</b>		<b>42</b>		<b>118</b>
<b>Total</b>		<b>152</b>		<b>166</b>		<b>318</b>

Teniendo como referencia teórica que los diferentes modelos de relación médico-paciente pueden ser apropiados cuando varían las circunstancias clínicas y sirven de guía en diferentes momentos; en esta población se observó que el modelo que se utiliza frecuentemente es el Paternalista, seguido del modelo Deliberativo, después el Informativo y por último el modelo Interpretativo (ver tabla 2).

**Tabla 2:** Estadísticos descriptivos de los Modelos de Relación Médico-Paciente para la población

MODELOS DE RELACIÓN M-P	$\bar{X}$	MEDIANA	$\sigma$	INTERVALO DE CONFIANZA	
				SUP.	INF
Paternalista	46.53	48.18	4.78	46.02	47.04
Deliberativo	33.53	32.50	6.31	32.85	34.21
Informativo	25.07	25.55	5.77	24.44	25.69
Interpretativo	15.17	14.28	5.99	14.38	15.95

Con base en lo anterior, el modelo predominante es el Paternalista ( $\bar{X}= 46.53$ , Md= 48.18), indicando así que en mayor medida, los médicos residentes toman las decisiones que consideran más convenientes para el paciente, debido a que parten de la idea que el paciente no tiene la capacidad para hacerlo. En segundo lugar se encuentra el modelo Deliberativo ( $\bar{X}= 33.53$ , Md= 32.50), en donde tanto médico como paciente definen objetivos terapéuticos y adoptan de forma compartida las decisiones que les permiten asumir esos objetivos (Jovel et al, 2006).

En tercer lugar se utiliza el modelo Informativo ( $\bar{X}= 25.07$ , Md= 25.55) lo que indica que en determinados momentos se le informa al paciente sobre el estado de su enfermedad, la naturaleza de los diagnósticos posibles, las intervenciones terapéuticas, además de los riesgos y beneficios, es decir, el médico únicamente proporciona todos los datos posibles y será el paciente que tome una decisión.

El modelo que se utiliza en menor medida es el Interpretativo ( $\bar{X}= 15.17$ , Md= 14.28,) que se genera cuando los pacientes no tienen objetivos fijos, los desconocen, los tienen poco definidos o los conocen parcialmente; entonces, la tarea del médico es aclarar sus objetivos y valores; de alguna forma puede relacionarse con el modelo paternalista debido a que el médico antepone sus valores a los del enfermo y éste los acepta debido a su vulnerabilidad (Brogi, 2003).

Tras hacer el análisis de las medianas aplicando la prueba U de Mann Withney, se encontró que los Modelos de Relación Médico-Paciente son utilizados de la misma forma por hombres y mujeres debido a que no existen diferencias estadísticas significativas (ver tabla 3).

**Tabla 3:** Análisis de las diferencias entre sexo y Modelos de Relación Médico-Paciente con la prueba U de Mann Whitney.

Modelos de relación M-P	Hombres (n= 152)			Mujeres (n=166)			U de Mann	
	$\bar{X}$	MEDIANA	DE	$\bar{X}$	MEDIANA	DE	Z	Sig.
Paternalista	46.49	47.27	4.27	46.56	48.18	5.21	-1.241	.215
Deliberativo	33.56	32.50	5.87	33.49	32.50	6.69	-.051	.959
Informativo	24.88	24.44	5.87	25.23	25.55	5.67	-.445	.656
Interpretativo	15.17	12.85	5.84	15.15	14.28	6.14	-.130	.896

En la tabla 4 se observa que los médicos de las especialidades clínicas y los médicos de las especialidades quirúrgicas utilizan de manera similar los modelos de relación médico-paciente, ya que no se encontraron resultados significativos.

**Tabla 4.** Análisis de las diferencias entre tipo de especialidad y Modelos de Relación Médico-Paciente con la prueba U de Mann Whitney.

Modelos de relación M-P	Clínica (n=200)			Quirúrgica (n=118)			U de Mann	
	$\bar{X}$	MEDIANA	DE	$\bar{X}$	MEDIANA	DE	Z	Sig.
Paternalista	46.52	48.18	4.84	46.53	48.18	4.68	-.120	.905
Deliberativo	32.82	14.28	6.31	33.19	13.57	5.41	-.175	.861
Informativo	25.00	24.44	6.01	25.16	25.55	5.35	-.497	.620
Interpretativo	15.31	32.50	6.47	14.91	32.50	6.03	-.625	.532

En la tabla 5 se observa que la población estudiada, tiene una tendencia de crecimiento moral hacia el estadio 4 ( $\bar{X}$ = 56.18, Md= 5.00); sin embargo decrece a partir de los estadios 5a, 5b y 6.

Las medianas de los estadios 3 y 4 señalan que el desarrollo moral de los médicos residentes está caracterizado por el predominio de la moral convencional, indicando que cuando se les presenta un problema socio-moral, aproximadamente el 54% de los juicios están enfocados a mantener el sistema social e intentar conservar la ley y el orden; dichos resultados tienen similitud con investigaciones realizadas en alumnos de bachillerato, de licenciatura y grados más avanzados, ya que el estadio 4 es el que mayor puntuación alcanza dentro del perfil de desarrollo moral; además coincide en que menos de un tercio de las respuestas son de carácter posconvencional (Barba y Romo 2005; Pérez-Delgado 1995; Barba 2004; Vargas 2008).

En contraste con las investigaciones anteriores donde se encontró que los sujetos investigados emplean en segundo término razonamientos que corresponden al estadio 3; los médicos residentes emplean en segundo término aquellos razonamientos del estadio 5a ( $\bar{X}$  19.69, Md= 19.15); dichas puntuaciones pudieran deberse a que éstos tienen mayores experiencias sociales en las que se les presentan dilemas morales, de este modo, sus intereses entran en conflicto y así, concordando con la teoría de Kohlberg se va logrando una madurez que permite un incremento gradual en el desarrollo moral; siguiendo con esta misma lógica las interacciones con diferentes grupos sociales les dan la oportunidad de asumir el rol de los demás, siendo éste un factor importante para el crecimiento moral (Barba 2007).

**Tabla 5.** Estadísticos descriptivos por estadio e índice P para la población

Estadios	$\bar{X}$	Mediana	$\sigma$	Intervalo de confianza	
				Sup.	Inf
Estadio 2	5.34	5.00	5.15	4.78	5.91
Estadio 3	17.85	16.70	9.07	16.85	18.85
Estadio 4	36.48	36.70	10.47	35.33	37.63
Estadio 5a	19.81	19.15	8.45	18.89	20.74
Estadio 5b	5.04	5.00	4.14	4.59	5.50
Estadio 6	6.20	6.70	4.7	5.68	6.71
Índice P	31.06	30.00	10.72	29.88	32.23

Como puede apreciarse en la tabla 6, las puntuaciones de las medianas son iguales ( $Md=5.00$ ) para ambos sexos en el estadio 2 o moral individualista, lo que indica que éste no ha sido superado totalmente por ninguno de los dos sexos. En lo referente al estadio 3 o moral de conformidad interpersonal se encontraron diferencias significativas ( $z=-1.970$ ,  $p < 0.05$ ) entre hombres ( $Md= 18.30$ ) y mujeres ( $Md= 15.00$ ). El estadio 4 tiene preeminencia en el perfil de desarrollo moral, lo que significa que la perspectiva de mantenimiento de normas es la estructura de juicio moral que con mayor frecuencia utilizan tanto hombres como mujeres cuando se enfrentan a dilemas morales; por su parte, se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres ( $Md= 3.30$ ) y mujeres ( $Md= 5.00$ ) para el estadio 5b o moral de contrato social ( $z= -2.537$ ,  $p < 0.05$ ).

Investigaciones realizadas, refieren que no existen diferencias por género, pero en caso de que las haya es a favor de las mujeres; en este sentido, ellas han avanzado más que los hombres hacia la moralidad posconvencional (ver tabla 6); posiblemente se deba a que si bien la mujer mexicana se ha insertado al ámbito educativo (Álvarez et al, 2006) y laboral, aún se conservan patrones tradicionales y se les otorgan atributos como responsabilidad social, empatía y comunión emocional con su entorno social (Díaz et al, 2001); incluso como lo menciona Gilligan, el desarrollo moral femenino tiende hacia una ética del cuidado que posibilita un compromiso con el respeto a los Derechos Humanos, la realización de la justicia y la protección y mejoramiento de la calidad de vida (Trujillo, 2005); mientras que los hombres mexicanos mantienen características de tipo individualista, su proceso de socialización cultural sigue encaminado fundamentalmente a la producción de personas capaces, audaces y productivas, pero sin interés por su entorno social en cuanto éste no ofrezca oportunidades de engrandecimiento individual (Álvarez et al, 2006); posiblemente tales características que son atribuidas por el entorno natural, social y cultural influyan en ellos para que no se supere el nivel convencional (ver tabla 6).

**Tabla 6:** Análisis de las diferencias entre sexo y Estadios de Juicio Moral con la prueba U de Mann Whitney.

ESTADIOS	Hombres (n=152)			Mujeres (N=166)			U de Mann	
	$\bar{X}$	MEDIANA	DE	$\bar{X}$	MEDIANA	DE	Z	Sig.
2	5.47	5.00	5.23	5.22	5.00	5.08	-.350	.727
3	<b>18.74</b>	<b>18.30</b>	8.60	<b>17.02</b>	<b>15.00</b>	9.42	-1.970	.049*
4	36.89	36.70	10.46	36.10	36.70	10.49	-.386	.700
5 <sup>a</sup>	18.68	18.30	7.53	20.85	20.00	9.11	-1.943	.052
5b	<b>4.56</b>	<b>3.30</b>	4.33	<b>5.48</b>	<b>5.00</b>	3.91	-2.537	.011*
6	6.32	6.70	4.88	6.07	5.00	4.53	-.399	.690

Nota: se muestran medias y medianas en negritas de los estadios con diferencias significativas.

\*p < 0.05

En la tabla 7 se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres (Md= 56.70) y mujeres (Md= 53.30) para el nivel convencional (z= -2.142, p < 0.05). Tras analizar las medianas del nivel posconvencional se encontraron resultados significativos (z= -2.300, p < 0.05) entre hombres (Md= 30.00) y mujeres (Md= 31.70), señalando que las mujeres muestran una tendencia de crecimiento moral hacia el nivel posconvencional, mientras que los hombres en mayor medida llevan a cabo acciones encaminadas hacia la moral convencional.

**Tabla 7:** Análisis de las diferencias entre sexo y Nivel de juicio moral con la prueba U de Mann Whitney.

NIVEL	Hombres (n=152)			Mujeres (n=166)			U de Mann	
	$\bar{X}$	MEDIANA	DE	$\bar{X}$	MEDIANA	DE	Z	Sig.
PRECONVENCIONAL	5.47	5.00	5.23	5.22	5.00	5.08	-.350	.727
CONVENCIONAL	<b>55.64</b>	<b>56.70</b>	10.10	<b>53.13</b>	<b>53.30</b>	10.86	-2.14	.032*
POSCONVENCIONAL	<b>29.57</b>	<b>30.00</b>	9.65	<b>32.41</b>	<b>31.70</b>	11.48	-2.30	.021*

Nota: se muestran medias y medianas en negritas de los niveles con diferencias significativas.

\*p < 0.05

En cuanto a los tipos de especialidad, la tabla 8 muestra que el desarrollo moral va creciendo del estadio 2 al 4; las medianas del estadio 4 indican que éste es el que se utiliza en mayor medida cuando se presenta un problema socio-moral y posteriormente decrece del estadio 5a al 6; tal suceso se presenta tanto en especialidades clínicas como quirúrgicas. Tras hacer el análisis de las medianas aplicando la prueba U de Mann Withney para las especialidades, se encontró que el desarrollo moral es similar debido a que no existen diferencias estadísticas significativas.

**Tabla 8:** Análisis de las diferencias entre Tipos de Especialidad y Estadios de Juicio Moral con la prueba U de Mann Whitney.

ESTADIOS	Clínica (n= 200)			Quirúrgica (n= 118)			U de Mann	
	$\bar{X}$	MEDIANA	DE	$\bar{X}$	MEDIANA	DE	Z	Sig.
2	5.10	5.00	4.93	5.75	5.00	5.49	-.942	.346
3	17.96	16.70	9.98	17.65	16.70	9.24	-.192	.846
4	36.72	38.30	10.44	36.07	36.70	10.55	-.619	.536
5a	19.89	18.30	8.19	19.68	20.00	8.91	-.391	.696
5b	5.26	5.00	4.09	4.67	3.30	4.20	-1.45	.144
6	6.07	5.00	4.53	6.41	6.70	4.97	-.491	.623

En cuanto al nivel de juicio moral y tipo de especialidad, se realizó la comparación de las medianas utilizando la prueba U de Mann Withney, donde no se encontraron resultados significativos, (ver tabla 9).

**Tabla 9:** Análisis de las diferencias entre Tipos de Especialidad y Nivel de Juicio Moral con la prueba U de Mann Whitney.

NIVEL	Clínica (n=200)			Quirúrgica (n= 118)			U de Mann	
	$\bar{X}$	MEDIANA	DE	$\bar{X}$	MEDIANA	DE	Z	Sig.
PRECONVENCIONAL	5.10	5.00	4.93	5.75	5.00	4.49	-.942	.346
CONVENCIONAL	54.69	55.00	10.39	53.72	55.00	10.88	-.630	.529
POSCONVENCIONAL	31.22	30.00	10.30	30.77	30.00	11.44	-.651	.515

Se llevó a cabo la prueba estadística correlación de Spearman para identificar la relación entre las variables Estadios de Juicio Moral y Modelos de Relación Médico-Paciente, encontrándose que no existe relación entre éstas dado que el valor de  $p$  fue mayor a 0.05.



### **7.1.7 Conclusiones**

Los hombres y mujeres que se encuentran estudiando el primer grado de residencias médicas tienen en promedio un perfil de desarrollo moral caracterizado por el predominio de la moralidad convencional, específicamente del estadio 4.

Ningún grupo ya sea, por sexo o tipo de especialidad ha superado plenamente el estadio 2 de juicio moral.

Se encontró que los hombres utilizan en mayor medida razonamientos correspondientes al nivel convencional, ya que ellos tienen puntuaciones más altas en este nivel; por su parte, las mujeres utilizan en mayor medida razonamientos correspondientes al nivel posconvencional, dado que sus puntuaciones son más altas que los hombres.

Los médicos de las especialidades clínicas y quirúrgicas tienen rasgos de desarrollo moral similar.

Respecto a los modelos de relación médico paciente, los grupos por sexo y tipo de especialidad utilizan preferentemente el modelo paternalista.

No se encontró relación entre el desarrollo moral y los modelos de relación médico-paciente.

Siguiendo esta lógica, se tiene que las experiencias sociales, familiares y educativas están relacionadas con el crecimiento moral, por lo que es indispensable poner énfasis en la formación moral y la práctica de valores tanto en el aula como fuera de ella propiciando experiencias de problematización moral, las cuales permitirán a los médicos residentes reforzar su capacidad crítica, toma de decisiones, diálogo y empatía a partir del desequilibrio y reelaboración de una nueva solución; dichos elementos son indispensables tanto para el crecimiento moral como en la relación médico-paciente.

### 7.1.8 Referencias

Álvarez L G, Sánchez M C, Piña G B, Martínez-González A y Zentella M M. Tendencia de la matrícula femenina en la educación superior. Un cuarto de siglo. El caso de la carrera de medicina. Medigraphic 2006; 49 (04)

Barba B. Escuela y socialización. Evaluación del desarrollo moral. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2004

Barba B. Experiencia y construcción personal de la moralidad . Revista Mexicana de Investigación Educativa 2007; 121209-1239. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14003505>. Consultado el 3 de diciembre de 2012

Barba B, Romo JM. Desarrollo del juicio moral en la educación superior. Revista Mexicana de Investigación Educativa 2005; 1067-92. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14002405>. Consultado el 14 de julio 2011

Barra Almagiá E. El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg. Revista Latinoamericana de Psicología 1987; 197-18. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80519101>. Consultado el 10 de enero de 2012.

Bascuñán RM. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2005 Ene [citado 2013 Ago 19]; 133(1): 11-16. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000100002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000100002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000100002>

Bohórquez, F. El diálogo como mediador de la relación médico - paciente. Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa. 2004; 1 (1). Consultado el 23 de marzo de 2011 en el <http://revista.iered.org>

Botero PA, Garzón SM, Ostos D, Ramírez A. Desarrollo moral en la infancia: Aspectos básicos. Asociación colombiana para el avance de las ciencias del comportamiento. 2003

Broggi M. Gestión de los valores ocultos en la relación clínica. MedClin. Barcelona. 2003

Celina Oviedo H, Campo Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría 2005; XXXIV572-580. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634409>. Consultado el 3 de marzo de 2012.

Díaz Loving R, Rivera Aragón S, Sánchez Aragón R. Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos), normativos (típicos e ideales) en México. Revista Latinoamericana de Psicología 2001; 33131-139. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80533202>. Consultado el 10 de julio de 2013

Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. Special communication. JAMA. 1992; 217 (16).

Erazo CA. La comunicación interpersonal en el contexto médico-paciente. Salud, Barranquilla [serial on the Internet]. 2012 Dec [cited 2013 Aug 18] ; 28(3): VI-VII. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522012000300001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000300001&lng=en)

Jovell JA, Navarro RM, Fernández ML, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Series, atención primaria. 2006; 38 (03):234-237

Laín Entralgo P. (1964) La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente.

Maderuelo F, Hernández G, González H, Velázquez S. Necesidades de información de los usuarios de Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Un estudio Delphi. Gac. Sanit.2009;23(5):365-372

Pérez- Delgado. Psicología, ética, religión. Madrid: Siglo XXI, 1995

Pérez OI. y Dussán-B, M. (2009). Validación de la prueba Defining Issues Test con estudiantes de Medicina en la Universidad de El Rosario, en Colombia. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 11 (1). Consultado el 21 de septiembre de 2012, en: <http://redie.uabc.mx/vol11no1/contenido-perezolmos.html>

Piña-Garza E, González-Carbajal E, López-Bárcena JJ, Morales-López S, Márquez-Orozco MC, Álvarez-Rueda JM, et al. Fundamentación académica para la elaboración de un plan de estudios de medicina en México. *Gac Med Mex* 2008; 144: 189-97.

Puig JM. Construcción dialógica de la personalidad moral. *Revista Iberoamericana de educación* 1995. Disponible en: <http://www.rieoei.org/oeivirt/rie08a04.htm>

Rivero S y Martínez A. La medicina actual. Los grandes cambios de paradigma. En: *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*. 2011;54 (2):21-32

Rodríguez Silva H. La relación médico-paciente. *MediSur* 2010; 841-44. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098008>. Consultado el 12 de julio de 2013

Sogi C, Zavala S; Oliveros S, Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *An. Fac. med.* [online]. 2006, vol.67, n.1 [citado 2013-08-18], pp. 30-37. Disponible en: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832006000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000100006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1025-5583

Torres A, Montilva M, Ramírez JJ, Zerpa C, Zapata E, García M et al. Desarrollo moral en estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA) - Venezuela. *RFM* [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2013 May 19]; 33(1): 36-41. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-04692010000100007&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692010000100007&lng=es)

Trujillo García S. Análisis comparativo de cinco teorías sobre el desarrollo moral. Pontificia Universidad Javeriana 2005. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis15.pdf>

Vargas Vargas JE. La formación de la conciencia moral en la Universidad Militar Nueva Granada. *Revista Latinoamericana de Bioética* 2008; 876-87. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127012545008>. Consultado el 28 de febrero de 2013

Zerpa CE. Tres teorías del desarrollo del juicio moral: Kohlberg, Rest, Lind. Implicaciones para la formación moral. *Laurus* 2007; 13137-157. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=76102308>. Consultado el 24 de julio de 2011

## 7.1. Resultados adicionales

Para obtener la validez de constructo se realizó un análisis factorial con método de componentes principales, se seleccionaron los ítems con pesos factoriales mayores a .40; se obtuvieron cuatro factores con valores eigen mayores a uno, los cuales se denominaron modelo deliberativo, modelo paternalista, modelo informativo, modelo interpretativo; éstos permiten explicar el 52.944% de la varianza; asimismo, se evaluó la consistencia interna de la escala con el coeficiente alfa de Cronbach = .796 (tabla 10).

**Tabla 10.** Estructura factorial de los ítems para la escala Modelos de Relación Médico-Paciente.

REACTIVOS	1	2	3	4
7. Toda decisión que tomo la establezco pensando en mejorar la calidad de vida del paciente	.751			
16. Utilizo la comunicación para que el paciente se sienta escuchado	.743			
18. Analizo los antecedentes del paciente para realizar el diagnóstico	.740			
9. Me cerciero porque la información que le doy a mi paciente haya quedado clara	.734			
14. Ofrezco cuidado atención y respeto a mi paciente	.723			
11. Me esfuerzo para que mi paciente comprenda las indicaciones que le doy	.697			
17. Indago sobre aspectos psicológicos y sociales para tener una idea más clara del origen de la enfermedad del paciente	.684			
10. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente	.674			
8. Trato de entender qué está pasando con mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal	.652			
13. Generar un ambiente de confianza con mi paciente permite el éxito del tratamiento	.646			
12. Establecer una relación estrecha con mi paciente mejora su estado de salud	.616			
30. Presiono al paciente para determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico		.813		
31. Me muestro indiferente con los datos que me proporciona el paciente		.751		
20. Le digo al paciente que las decisiones que tomo son por su bienestar		.746		
4. El rol del paciente debe ser pasivo y debe limitarse a cumplir mis recomendaciones		.654		
25. En mi consulta, las opiniones del paciente son irrelevantes o inexistentes		.646		
27. Utilizo la comunicación solo para obtener información del paciente y cumplir mis funciones		.630		
26. Para que un tratamiento funcione no es necesario que el paciente lo conozca		.412		
23. El tratamiento lo enfoco en el órgano dañado, como si éste necesitara reparación			.676	
24. Trato al paciente como si fuera un conglomerado de órganos y no como persona			.655	

22. Para establecer el diagnóstico y el tratamiento utilizo únicamente conocimientos científicos			.639	
1. Incursiono únicamente en el aspecto biológico del paciente			.634	
20. Utilizo un lenguaje técnico para proporcionar información al paciente sobre el diagnóstico y el tratamiento			.634	
21. Al tomar en cuenta los progresos científicos y tecnológicos me alejo del paciente			.618	
15. Percibo a mi paciente preocupado, ansioso y sensible			.519	
3. Los pacientes se han quejado de mi conducta distante y autoritaria en la consulta			.466	
19. Tomo acciones sin pedir información o recomendación a mis pacientes			.429	
5. Elijo de entre todas las intervenciones médicas disponibles aquellas que satisfagan sus valores				.774
2. Le ayudo al paciente a aclarar y articular sus valores				.650
4. Considero que los valores de mi paciente son poco definidos y los comprende parcialmente				.617
6. Facilito al paciente información relevante, ayudándole a aclarar valores y sugiriéndole las intervenciones médicas que mejor se adecúan a él				.572
<b>Valor eigen</b>	6.360	4.071	3.743	2.239
<b>Varianza</b>	20.516	13.132	12.075	7.222
<b>Varianza acumulada (%)</b>	20.516	33.648	45.723	52.944
<b>Alfa por factor</b>	.897	.842	.803	.746
<b>Alfa Total</b>	<b>.796</b>			

Nota: La escala está constituida por cuatro factores: 1 Deliberativo, 2 Paternalista, 3 Informativo, 4 Interpretativo

La tabla 11 muestra que de 318 médicos residentes, solo 85 de ellos han superado en su totalidad el estadio 2 o moral Preconvencional y el resto continúa razonando a partir de principios individuales.

**Tabla 11:** Frecuencias y porcentajes para la población general del estadio 2 o moral Preconvencional.

Rango estadio 2	Frecuencia	%
0	85	26.7
1.7 a 25.0	233	73.3
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>100</b>

Nota: se muestra la puntuación mínima y máxima del estadio 2.

De acuerdo al sexo, en la tabla 12 se observa que el 28.9% de las mujeres superaron totalmente el estadio 2 y solo el 24.3% de los hombres ha superado este estadio totalmente; sin embargo, tanto hombres como mujeres continúan empleando razonamientos de tipo Preconvencional.

**Tabla 12:** Frecuencias y porcentajes por sexo del estadio 2 o moral Preconvencional.

Rango del estadio 2	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
0	37	24.3	48	28.9
1.7 a 25.0	115	75.7	118	71.1
Total	152	100	166	100

Nota: se muestra la puntuación mínima y máxima del estadio 2.

En cuanto al tipo de especialidad se muestra que el 28% de los médicos que pertenecen a las especialidades clínicas han superado totalmente el estadio 2 o moral Preconvencional, mientras que las especialidades quirúrgicas únicamente el 24.6% ha superado este estadio totalmente, (ver tabla 4).

**Tabla 13:** Frecuencias y porcentajes por tipo de especialidad del estadio 2 o moral Preconvencional.

Rango del estadio 2	Especialidades			
	Especialidades clínicas		Especialidades quirúrgicas	
	F	%	F	%
0	56	28	29	24.6
1.7 a 25.0	144	72	89	75.4
Total	200	100	118	100

Nota: se muestra la puntuación mínima y máxima del estadio 2.



Respecto al índice P, únicamente el 5% de los médicos residentes manifestaron tener una moral posconvencional superior a la moral Preconvencional y Convencional; el 95% obtuvo puntuaciones entre 3.4 y 5.0, indicando que prevalece la moral Convencional, (ver tabla 14).

**Tabla 14:** Frecuencias y porcentajes del índice P o Moral Posconvencional para la población general.

Rango índice P	Frecuencia	%
3.4 a 50.0	302	95.0
50.1 a 61.7	16	5.0
Total	318	100

Nota: se muestra la puntuación mínima y máxima del índice P.

En la tabla 15 se observa que de acuerdo al sexo, el 6.6% de las mujeres muestra una prevalencia en el nivel posconvencional; por su parte, solo el 3.3% de los hombres obtuvo puntuaciones mayores a los niveles Preconvencional y Convencional.

**Tabla 15:** Frecuencias y porcentajes por sexo en cuanto al índice P o Moral Posconvencional

Rango de índice P	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
3.4 a 50.0	147	96.7	151	93.4
50.1 a 61.7	5	3.3	11	6.6
Total	152	100	166	100

Nota: se muestra la puntuación mínima y máxima del índice P.

En cuanto al tipo de especialidad, únicamente 10 médicos residentes de las especialidades clínicas obtuvieron puntuaciones mayores en el índice P o Moral Posconvencional y 7 residentes de las especialidades quirúrgicas obtuvieron puntuaciones más altas en este nivel, (ver tabla 16).

**Tabla 16:** Frecuencias y porcentajes del índice P o Moral Posconvencional por tipo de especialidad.

Rango de índice P	Especialidades			
	Especialidades clínicas		Especialidades quirúrgicas	
	F	%	F	%
3.4 a 50.0	190	95.0	111	94.1
50.1 a 61.7	10	5.0	7	9.3
Total	200	100	118	100

Nota: se muestra la puntuación mínima y máxima del índice P.

En cuanto a las especialidades compuestas por más de 30 residentes, se encontró que la especialidad de Medicina Interna, obtuvo la puntuación media más alta, con un Índice P de 34.76, seguido de Pediatría con una media de 33.36, el valor medio de Cirugía General fue de 31.71, después Ginecología y obstetricia con 30.27, seguido de Medicina Familiar con 29.48 y la media menor fue de 29.23 en la especialidad de Anestesiología, (ver tabla 17).

**Tabla 17:** Medias del índice P o Moral Posconvencional por especialidad

Especialidad	Residentes	Índice P
Medicina interna	35	34.76
Pediatría	43	33.36
Cirugía general	33	31.71
Ginecología y obstetricia	48	30.27
Medicina familiar	65	29.48
Anestesiología	36	29.23

Nota: se tomaron en cuenta especialidades con más de 30 residentes

Respecto a las especialidades con menos de 30 residentes, la especialidad de Radio oncología obtuvo el mayor valor medio en el Índice P y la media más baja fue la especialidad de Urología (ver tabla 18).

**Tabla 18:** Medias del índice P o Moral Posconvencional por especialidad

Especialidad	Residentes	Índice P
Radio oncología	2	41.66
Cirugía maxilofacial	3	36.10
Medicina del enfermo en estado crítico	4	35.02
Radiología	3	33.90
Cirugía plástica y reconstructiva	3	33.33
Otorrinolaringología	6	32.50
Imagenología	9	32.33
Medicina crítica y obstetricia	3	31.10
Ortopedia	13	29.51
Medicina de urgencias	4	29.34
Medicina física y rehabilitación	3	23.36
Cirugía pediátrica	3	18.33
Urología	2	10.00

Nota: se tomaron en cuenta especialidades con menos de 30 residentes

## **8. Discusión general**

Teniendo como referencia teórica que los diferentes modelos de relación médico-paciente pueden ser apropiados cuando varían las circunstancias clínicas y sirven de guía en diferentes momentos; en esta población se observó que el modelo que se utiliza frecuentemente es el Paternalista, seguido del modelo Deliberativo, después el Informativo y por último el modelo Interpretativo. Con base en lo anterior, el modelo predominante es el Paternalista, indicando así que en mayor medida, los médicos residentes toman las decisiones que consideran más convenientes para el paciente, debido a que parten de la idea que el paciente no tiene la capacidad para hacerlo. En segundo lugar se encuentra el modelo Deliberativo, en donde tanto médico como paciente definen objetivos terapéuticos y adoptan de forma compartida las decisiones que les permiten asumir esos objetivos. En tercer lugar se utiliza el modelo Informativo, lo que indica que en determinados momentos se le informa al paciente sobre el estado de su enfermedad, la naturaleza de los diagnósticos posibles, las intervenciones terapéuticas, además de los riesgos y beneficios, es decir, el médico únicamente proporciona todos los datos posibles y será el paciente que tome una decisión.

El modelo que se utiliza en menor medida es el, que se genera cuando los pacientes no tienen objetivos fijos, los desconocen, los tienen poco definidos o los conocen parcialmente; entonces, la tarea del médico es aclarar sus objetivos y valores; de alguna forma puede relacionarse con el modelo paternalista debido a que el médico antepone sus valores a los del enfermo y éste los acepta debido a su vulnerabilidad.

Se hace énfasis en que no existe un modelo ideal de relación-médico paciente, que cada modelo puede ser válido en determinadas circunstancias; es por ello que independientemente del modelo que pueda ser utilizado y del tipo de especialidad que se encuentre realizando, el médico debe estar consciente de sus limitaciones, perseguir el establecimiento de una buena comunicación que le permita diagnosticar y tratar de manera adecuada; tomar en cuenta que el éxito de la

relación depende muchas veces de la atenta escucha; sinceridad, interés por ayudar y el trato afable.

Al igual que en investigaciones elaboradas en España, México y Sudamérica, en esta población, los médicos residentes utilizan con mayor frecuencia la Moral Convencional para enfrentar dilemas morales y reflexionar acerca del mejor curso de acción moral; es decir, los médicos residentes consideran que hacen el bien y lo justo con la finalidad de mantener la regularidad del sistema social; de este modo, tienden a vivir con lo que las personas cercanas esperan de un buen hijo, hermano, amigo, etc., muestran interés por los demás, cultivan relaciones mutuas, como la confianza, la lealtad, el respeto y la gratitud. Los residentes que se encuentran en este nivel, tienden a hacer las cosas para ser considerados tanto por sí mismos como por otros como “buenas personas”; procuran ponerse en el lugar del otro y esperan que los demás hagan lo mismo; mantienen las leyes, excepto en situaciones extremas en las que pueden entrar en conflicto con otras obligaciones sociales.

En contraste con las investigaciones anteriores donde se encontró que los sujetos investigados emplean en segundo término razonamientos que corresponden al estadio 3; los médicos residentes emplean en segundo término aquellos razonamientos del estadio 5a; dichas puntuaciones pudieran deberse a que éstos tienen mayores experiencias sociales en las que se les presentan dilemas morales, de este modo, sus intereses entran en conflicto y así, concordando con la teoría de Kohlberg se va logrando una madurez que permite un incremento gradual en el desarrollo moral; a su vez, las interacciones con diferentes grupos sociales les dan la oportunidad de asumir el rol de los demás, siendo éste un factor importante para el crecimiento moral.

La mayoría de los médicos residentes no han superado en su totalidad el estadio 2 o moral individualista; este hecho se atribuye a que en determinados momentos actúan para satisfacer sus intereses y necesidades, además, permiten a otros que hagan los mismo; esta orientación instrumental lleva a garantizar al máximo la

satisfacción de necesidades y deseos sin considerar las consecuencias negativas para sí mismos y para los demás<sup>53</sup>

Los resultados significativos en los estadios 5a y 5b, favorecen a las mujeres; investigaciones realizadas, refieren que no existen diferencias por género, pero en caso de que las haya es a favor de ellas; en este sentido, las mujeres han avanzado más que los hombres hacia la moralidad posconvencional; posiblemente se deba a que si bien la mujer mexicana se ha insertado al ámbito educativo<sup>54</sup> y laboral, aún se conservan patrones tradicionales y se les otorgan atributos como responsabilidad social, empatía y comunión emocional con su entorno social<sup>55</sup>; incluso como lo menciona Gilligan, el desarrollo moral femenino tiende hacia una ética del cuidado que posibilita un compromiso con el respeto a los Derechos Humanos, la realización de la justicia y la protección y mejoramiento de la calidad de vida<sup>27, 56</sup>; mientras que los hombres mexicanos mantienen características de tipo individualista, su proceso de socialización cultural sigue encaminado fundamentalmente a la producción de personas capaces, audaces y productivas, pero sin interés por su entorno social en cuanto éste no ofrezca oportunidades de engrandecimiento individual<sup>54</sup>; posiblemente tales características que son atribuidas por el entorno natural, social y cultural influyan en ellos para que no se supere el nivel convencional.

Los objetivos que refuerzan la relación médico-paciente, están ubicados en el nivel posconvencional que propone Kohlberg, ya que el profesional debe basarse en la empatía, es decir, sentir como tuyas las necesidades del paciente, expresar respeto absoluto por el hombre y constante preocupación por su desarrollo y bienestar; así como garantizar que su conducta sea regida por los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia; sin embargo, con los cambios macrosociales de los últimos decenios se ha marcado un distanciamiento entre el médico y paciente, teniendo como resultado una relación mercantilista, basada en la satisfacción de necesidades de tipo individualista en donde la satisfacción del paciente resulta de menor importancia en la relación médico-paciente.

## **9. Conclusiones generales**

De acuerdo a los objetivos establecidos, se encontró que:

Los hombres y mujeres que se encuentran estudiando el primer grado de residencias médicas tienen en promedio un perfil de desarrollo moral caracterizado por el predominio de la moralidad convencional, específicamente del estadio 4.

Ningún grupo ya sea, por sexo o tipo de especialidad ha superado plenamente el estadio 2 de juicio moral.

Se encontró que los hombres utilizan en mayor medida razonamientos correspondientes al nivel convencional, ya que ellos tienen puntuaciones más altas en este nivel.

Las mujeres utilizan en mayor medida razonamientos correspondientes al nivel posconvencional, dado que sus puntuaciones son más altas que los hombres.

Los médicos de las especialidades clínicas y quirúrgicas tienen rasgos de desarrollo moral similar.

Respecto a los modelos de relación médico paciente, los grupos por sexo y tipo de especialidad utilizan preferentemente el modelo paternalista.

No se encontró relación entre el desarrollo moral y los modelos de relación médico-paciente.

Si bien la moral es una tarea influida socialmente que cuenta con precedentes y elementos culturales, es también un proceso de adaptación a sí mismo o reconocimiento de aquellos puntos de vista, deseos o criterios valorados personalmente; de este modo, las capacidades personales de juicio, comprensión y autorregulación permiten enfrentarse autónomamente a conflictos de valor.

### **9.1. Limitaciones y recomendaciones**

El tipo de estudio realizado es transversal, por lo que no se observa si existe una tendencia de crecimiento moral; resulta de interés evaluar el juicio moral de los médicos residentes en determinados periodos de tiempo para observar dicho crecimiento.

Por otra parte, esta investigación se dirige únicamente a la percepción que tienen los médicos de la relación que entablan con su paciente; además se enfocó a los residentes de primer gado, así que es de suma importancia considerar posteriormente, la opinión que tienen los pacientes respecto a su relación con el médico y observar los cambios que se presentan en el razonamiento moral de principios de acuerdo al grado de escolaridad, como se demuestra en investigaciones previas.

Respecto a la Escala de Modelos de Relación Médico-Paciente, si bien teóricamente está basada en los tipos wueberianos ideales y se obtuvo una consistencia interna con un alfa de Cronbach de .796; también es necesario realizar otros métodos de validez y confiabilidad, con el objetivo de que se utilice en próximas investigaciones.



## 10. Referencias bibliográficas

---

- 1 Barba B. Escuela y socialización. Evaluación del desarrollo moral. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2004.
- 2 Planchuelo, ML. Intervención y evaluación del desarrollo moral en educación física en primaria. Universidad de Málaga, tesis doctoral, 2008: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/17678109.pdf>.
- 3 Pérez-Delgado E, Mestre V. Razonamiento moral y psicología del pensamiento. I jornadas de psicología del pensamiento. Universidad de Valencia: España, 1998: 289-320.
- 4 Barra E. El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg. Revista Latinoamericana de Psicología, 1987.
- 5 Botero PA, Garzón SM, Ostos D, Ramírez A. Desarrollo moral en la infancia: Aspectos básicos. Asociación colombiana para el avance de las ciencias del comportamiento, 2003.
- 6 Pérez DE. Psicología, Ética, Religión. ¿Ética versus religión? Madrid: Siglo XXI. 1995.
- 7 Barra E. El juicio moral en el niño retrasado mental educable. Revista Latinoamericana de Psicología. 1982; 14 (001): 7-16.
- 8 Palacios S, Palacios B, Ruiz S. Nuevas formas de medir el desarrollo moral. Revista psicodidáctica. Universidad del país Vasco: España 2002; (014).
- 9 Bedregal P, León T, Shand B, Mosso L. Criterios de juicio moral de estudiantes de Medicina, según el Modelo Intuitivo Social. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2013 Nov 10] ; 141(6): 704-709. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-988720130006000003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-988720130006000003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-988720130006000003>.

- 
- 10 Puig JM. Construcción dialógica de la personalidad moral. Revista Iberoamericana de educación; (8).
  - 11 Barba B, Matías J. Desarrollo del juicio moral en la educación superior. Revista Mexicana de Investigación Educativa 2005; 19 (024):67-92.
  - 12 Barba B. Experiencia y construcción personal de la moralidad. Revista Mexicana de Investigación Educativa. 2007; 12 (035): 1209-1239.
  - 13 Meza RJ, Suárez MG. Formación de la conciencia moral: Desafío para la educación superior. Actualidades pedagógicas. 2006; (049):23-32.
  - 14 Georg L. Una introducción al test de juicio moral (MJT). Universidad de Constanza, Alemania 1999.
  - 15 Robles V. Validación comparativa entre dos cuestionarios sobre competencia del juicio moral. Liberabit. Revista de Psicología 2009;15:117-132. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68611924006>.
  - 16 Ramos MG, Robles M. Teoría y práctica de la educación moral. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Carabobo Valencia.
  - 17 Fierro B, Jalones psicoevolutivos para una educación moral. 2004; (335): 293-304. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1066555>
  - 18 González MR. Relación equipo de salud-paciente-familia. Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 2005.
  - 19 Pérez PO. De los albores a los albores, un recorrido por la historia de la medicina. La habana: Ciencias médicas, 2011.
  - 20 Kuthy J, Villalobos J, Martínez O, Tarasco M. Introducción a la bioética. México: Méndez Editores, 2009.
  - 21 Stanley J. La medicina y el imperio de la tecnología. México: Fondo de Cultura Económica, 1990.

- 
- 22 Badillo R. Medicina en la antigüedad clásica: El primer paradigma en su historia, 2004: 176-181.
- 23 Rivero S y Martínez A. La medicina actual. Los grandes cambios de paradigma. En: Revista de la facultad de medicina de la UNAM. 2011;54 (2):21-32
- 24 García Dingman M, Medina M, González L, García J. Vigencia de la obra Lecciones orales sobre moral médica de Gonzalitos. Medicina Universitaria. 2008;10(40):176-80
- 25 Rivero O, Durante I. Seminario: Ética en la medicina actual [http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2008/oct\\_03\\_ponencia.html](http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2008/oct_03_ponencia.html) octubre 2008.
- 26 Nieto J, Abad M, Estaban M y Tejerina M. Psicología para las ciencias de la salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. España: Mc Graw Hill, 2004.
- 27 Santana Chávez AL. Manual académico para el médico interno y residente. México: limusa, 1995.
28. Drane JF. Cómo ser un buen médico. Colombia: San pablo, 1998.
- 29 D'anello KS, Yariani B, Gregorio E, D' Orazio KA y Benítez A. La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. Centro de investigaciones psicológicas. 2008. 18: 33-39.
- 30 Matiella C. La relación con el enfermo, consideraciones éticas. Gaceta UNAM Iztacala. 2003 May: 1-20.
- 31 Mucci M. La relación médico-paciente ¿un vínculo distinto o distante? Psicología, cultura y sociedad. 2007 nov: 61-77.
- 32 Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. Special communication. JAMA. 1992; 217 (16).

- 
- 33 Sánchez JM, Cacho J, Hernández LE, Campos EM, Tamayo C. Estudio exploratorio de los conocimientos sobre ética, normativa y comunicación en los aspirantes a residencias médicas. *Cir Cir.* 2007; 75 (003): 191-200.
- 34 Lázaro J, García D. La relación médico-enfermo a través de la historia. 2006; 29 (3).
- 35 Barbado AJ, Aizpiri DJ, Cañones GP, Fernández CA, Gonzalvez EF, Rodríguez SJ, De la Serna de PI, Solla CJ. Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente. Grupo de habilidades de salud mental de la SEGM. Feb. 2005.
- 36 García RA, Jaimes JJ, Vega ML. Desilusión de la tecnología médica. *Revista Habanera de la Ciencias Médicas* 2009; 8 (4). Consultado el 19 de octubre de 2011 en el [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000400027&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400027&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- 37 Barba, B. (2002). Influencia de la edad y de la escolaridad en el desarrollo del juicio moral. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 4 (2). Consultado el 14 de agosto de 2011 en el WWW: <http://redie.uabc.mx/vol4no2/contenido-barba.html>
- 38 Cortés A. La contribución de la psicología ecológica al desarrollo moral. Un estudio con adolescentes. *Anales de psicología.* 2002. 18 (01): 111-134.
- 39 Girón M, Beviá B, Medina M, Palero MS. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de alicante: un estudio con grupos focales. *Revista española de salud pública.* 2002, 76(5): 561-575.
- 40 Méndez O. *Historia de la medicina.* Librería de medicina. 1977
- 41 Bolívar A. El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. *Revista Mexicana de Investigación Educativa.* 2005; 10 (024): 93-123.

- 
- 42 Rivero S. la educación médica, concepto y educación. Seminario el ejercicio actual de la medicina. desde. [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam\\_2k1/ultimos/09\\_ponencia.htm](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam_2k1/ultimos/09_ponencia.htm)
- 43 Carvallo A. Médicos y profesionalismo. Pacientes e información. RevMéd Chile. 2005: 253-258.
- 44 Cohen RJ. Swerdik ME. Pruebas y evaluación psicológicas. 4ª. ed. México: Mc Graw Hill, 2001.
- 45 Celina Oviedo H, Campo Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría 2005; XXXIV:572-580. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634409>. Consultado el 3 de marzo de 2012.
- 46 Morales M, Ruvalcaba R y Montes M. La relación médico-paciente ¿una dimensión de la práctica clínica en peligro de extinción?. RevFacMed UNAM Vol.49 No.6 Noviembre-Diciembre, 2006 pp. 242-243.
- 47 Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Traducción realizada por el Departamento del Internacional Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Madrid, 2008.
- 48 Declaración de Helsinki: Principios Éticos Para la Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos. Análisis de la 5ª Reforma, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. 2000.
- 49 Pérez Ol. y Dussán-B, M. (2009). Validación de la prueba Defining Issues Test con estudiantes de Medicina en la Universidad de El Rosario, en Colombia. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 11 (1). Consultado el 21 de septiembre de 2012, en: <http://redie.uabc.mx/vol11no1/contenido-perezolmos.html>
- 50 García-Alandete J, Pérez-Delgado E. Razonamiento moral y valores: estudio de sus relaciones en un grupo de universitarios españoles. Revista

---

Latinoamericana de Psicología 200537131-148. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537108>. Fecha de consulta: 8 de octubre de 2012.

51 Pérez DE. García R. La psicología del desarrollo moral. España: Siglo XXI, 1991.

52 Zerpa C. Tres teorías del desarrollo del juicio moral: Kohlberg, Rest y Lind. Implicaciones para la formación moral. Laurus 2007; 023 (13).

53 Delgado V, Ricapa Z. relación entre tipos de familia y el nivel de juicio moral en un grupo de estudiantes universitarios. Revista de investigación en psicología 2010; 3 (02): 153-174

54 Álvarez L G, Sánchez M C, Piña G B, Martínez-González A y Zentella M M. Tendencia de la matrícula femenina en la educación superior. Un cuarto de siglo. El caso de la carrera de medicina. Medigraphic 2006; 49 (04)

55 Díaz Loving R, Rivera Aragón S, Sánchez Aragón R. Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos), normativos (típicos e ideales) en México. Revista Latinoamericana de Psicología 2001; 33:131-139. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80533202>. Consultado el 10 de julio de 2013

56 Trujillo García S. Análisis comparativo de cinco teorías sobre el desarrollo moral. Pontificia Universidad Javeriana 2005. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis15.pdf>