



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

ESTILO DE APEGO DEL MÉDICO Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:  
REVISIÓN NARRATIVA

PHYSICIAN ATTACHMENT AND THE PHYSICIAN–PATIENT  
RELATIONSHIP: A NARRATIVE REVIEW

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR

DANIEL ALONSO GUEVARA ROJAS

ASESOR

HORACIO BENJAMIN VARGAS MURGA

LIMA - PERÚ

2026



**ASESOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**ASESOR**

DR. HORACIO BENJAMIN VARGAS MURGA

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0001-5174-6089

**Fecha de aprobación:** 11/03/2026

**Calificación:** Aprobado

## **DEDICATORIA**

A Jesucristo, por salvarme y darme un nuevo propósito que me permitió empezar de cero. A mis padres, por su apoyo incondicional en los buenos y malos momentos durante todos estos años. A mis hermanos, por motivarme y alentarme a seguir. A mokka, mi compañera ideal, quién me acompañó en momentos difíciles durante la carrera. A canela, manchas y brisa, por esperarme cada vez que volvía a casa.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a Dios, por darme la fortaleza y la fe para seguir luchando, incluso cuando todo se ve adverso. A Juana, mi madre, por su amor, entrega y dedicación constante durante mi proceso de formación y en mi vida. A Jaime, mi padre, por su confianza depositada en mí sobre todo en los momentos complicados. Al Dr. Horacio Vargas, por su gran aporte y su apoyo en la realización de este proyecto.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

No se recibió financiamiento externo de ningún tipo.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

# DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

El egresado:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES         |
|----|-----------------------------|
| 1. | GUEVARA ROJAS DANIEL ALONSO |

Pertenece al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA**, autor del trabajo titulado: **ESTILO DE APEGO DEL MÉDICO Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: REVISIÓN NARRATIVA** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO** bajo la modalidad de **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE | FACULTAD | NIVEL DE ASESORÍA |
|----|---------------------------------|----------|-------------------|
| 1. | VARGAS MURGA HORACIO BENJAMIN   | MEDICINA | ASESOR            |

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **3 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3515027829**; fecha de entrega: **23-03-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 23 de marzo del 2026.**

  
HORACIO B. VARGAS MURGA  
MÉDICO PSICUATRA  
C.M.P. 28089 R.N.E. 11775

Firma del asesor  
N° DNI: 09377236  
ORCID: 0000-0001-5174-6089



## TABLA DE CONTENIDOS

|  |    |
|--|----|
| RESUMEN.....   |    |
| ABSTRACT.....  |    |
| I. INTRODUCCIÓN.....   | 1  |
| II. OBJETIVOS.....   | 6  |
| Objetivo general: .....  | 6  |
| Objetivos específicos:.....  | 6  |
| III. MATERIALES Y MÉTODOS .....                                    | 7  |
| 2.1 Tipo y diseño del estudio.....                                 | 7  |
| 2.2 Fuentes de información: estrategia de búsqueda .....           | 7  |
| 2.3 Búsqueda secundaria: rastreo de referencias (snowballing)..... | 8  |
| 2.4.2 Criterios de exclusión .....                                 | 9  |
| 2.5 Proceso de selección de documentos.....                        | 9  |
| 2.6 Extracción y gestión de datos .....                            | 11 |
| 2.7 Estrategia de síntesis: plan de síntesis narrativa .....       | 11 |
| IV. RESULTADOS ESPERADOS.....                                      | 13 |
| V. CONCLUSIONES .....  | 15 |
| VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                                | 16 |
| VII. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA.....                                 | 18 |
| VIII. TABLAS Y FIGURAS .....                                       | 21 |
| ANEXOS.....  |    |

## RESUMEN

La relación médico-paciente influye en aspectos clave como satisfacción, confianza, comunicación clínica y continuidad del cuidado. La teoría del apego ofrece un marco para comprender cómo, ante enfermedad e incertidumbre, se activan necesidades de seguridad y dependencia, y cómo las orientaciones de apego del médico podrían modular procesos relacionales relevantes para la experiencia de atención. Objetivo: sintetizar narrativamente la evidencia sobre la asociación entre orientaciones/dimensiones de apego del médico y la relación médico-paciente, considerando mecanismos relacionales (autorregulación, caregiving/empatía y comunicación clínica), conductas clínicas observables y resultados vinculados a la relación (alianza/confianza y satisfacción), e identificar factores contextuales que podrían modular dicha asociación. Tipo de estudio/diseño: revisión narrativa integrativa. Procedimientos básicos: se realizará una búsqueda estructurada en fuentes biomédicas y de ciencias del comportamiento, complementada con snowballing (rastreo de referencias y citas). La unidad de análisis serán artículos científicos y documentos académicos pertinentes. Se aplicarán criterios de inclusión/exclusión centrados en apego del médico y relación médico-paciente. La información se extraerá mediante una matriz estandarizada y se organizará mediante síntesis temática por ejes. Producto esperado: un mapa temático integrador (heurístico), identificación de vacíos metodológicos y recomendaciones aplicables a formación médica orientadas a habilidades relacionales y autorregulación del clínico.

**Palabras claves:** Relaciones Médico-Paciente; Satisfacción del Paciente; Comunicación en Salud; Alianza Terapéutica; Apego a Objetos (DeCS).

## ABSTRACT

The physician–patient relationship influences key outcomes such as satisfaction, trust, clinical communication, and continuity of care. Attachment theory provides a framework to understand how illness and uncertainty activate security and dependency needs, and how physicians’ attachment orientations may shape relational processes relevant to care experiences. Objective: to narratively synthesize evidence on the association between physicians’ attachment orientations/dimensions and the physician–patient relationship, focusing on relational mechanisms (self-regulation, caregiving/empathy, and clinical communication), observable clinical behaviors, and relationship-linked outcomes (working alliance/trust and satisfaction), and to identify contextual factors that may moderate these associations. Design: integrative narrative review. Basic procedures: a structured search will be conducted across biomedical and behavioral science sources, complemented by snowballing (reference and citation tracing). The unit of analysis will be relevant research articles and academic documents. Eligibility criteria will prioritize physician attachment and physician–patient relational constructs. Data will be extracted using a standardized matrix and synthesized through a thematic, axis-based approach. Expected output: a heuristic thematic map integrating physician attachment with relational processes and outcomes, identification of methodological gaps, and training-oriented recommendations targeting clinicians’ relational skills and self-regulation.

**Keywords:** Physician-Patient Relations; Patient Satisfaction; Health Communication; Therapeutic Alliance; Object Attachment (DeCS).

## I. INTRODUCCIÓN

La relación médico–paciente constituye un componente central del acto clínico y un determinante relevante de la experiencia de atención. Más allá del diagnóstico y el tratamiento, la calidad de esta relación se expresa en aspectos como la confianza, la percepción de apoyo, la comunicación efectiva y la colaboración para la toma de decisiones. En diversos escenarios clínicos—especialmente en condiciones crónicas o de alta carga emocional—la interacción entre médico y paciente influye en la comprensión del problema de salud, la adherencia a las indicaciones, la continuidad del cuidado y la satisfacción con la atención recibida. En este sentido, la relación médico–paciente puede conceptualizarse no solo como un intercambio de información, sino como un vínculo interpersonal que sostiene el afrontamiento del paciente frente a la enfermedad y facilita la cooperación terapéutica.[1]

La literatura contemporánea ha propuesto constructos que permiten describir y estudiar este vínculo con mayor precisión, entre ellos la “alianza de trabajo” médico–paciente, entendida como la colaboración orientada a metas, tareas compartidas y un vínculo interpersonal que favorece la atención. Este enfoque resulta particularmente útil para comprender por qué, incluso ante intervenciones técnicamente adecuadas, los resultados percibidos por el paciente pueden variar significativamente según la calidad del encuentro clínico.[1]

La teoría del apego ofrece un marco robusto para comprender cómo las personas regulan emociones y buscan apoyo en contextos de amenaza, incertidumbre o

vulnerabilidad. En la adultez, las orientaciones de apego suelen describirse en términos dimensionales—principalmente ansiedad y evitación—que reflejan, respectivamente, la tendencia a la hipervigilancia ante señales de rechazo/abandono y la tendencia a minimizar necesidades de dependencia o cercanía. Estas orientaciones se asocian a estilos relativamente estables de regulación emocional, expectativas sobre la disponibilidad de los otros y patrones de interacción en relaciones significativas. En clínica, este marco permite anticipar cómo se comportan las personas cuando el sistema de apego se activa, por ejemplo, ante dolor, incapacidad, temor o pérdida de control asociados a la enfermedad.

Además, la teoría del apego no solo se ocupa del sistema de búsqueda de apoyo (apego), sino también del sistema de cuidado (caregiving). Desde esta perspectiva, la “seguridad” en apego se asocia con mayor disponibilidad psicológica para responder de manera sensible y compasiva ante el malestar ajeno. En contraste, ciertas formas de inseguridad pueden asociarse con respuestas menos sintonizadas: ya sea por evitación del contacto emocional intenso o por predominio de angustia personal que dificulta una respuesta centrada en el otro. Evidencia experimental en psicología social sugiere que incrementar transitoriamente la seguridad de apego favorece la compasión y la conducta de ayuda, lo cual sustenta teóricamente la idea de que las orientaciones de apego pueden influir en el cuidado interpersonal.[2]

La enfermedad, especialmente cuando implica dolor, amenaza vital, incertidumbre diagnóstica o deterioro funcional, puede activar el sistema de apego del paciente. Bajo estas condiciones, el médico—por su rol, conocimiento y capacidad de intervención—puede adquirir características de figura de apoyo y regulación,

funcionando como una “base segura” que contribuye a organizar la experiencia de vulnerabilidad del paciente. En esta línea, se ha propuesto que los clínicos actúan como cuidadores profesionales y que su propia organización relacional puede influir en cómo interpretan y responden a las necesidades del paciente. Un planteamiento fundacional sostiene que los clínicos, al igual que otros cuidadores, difieren en su disponibilidad emocional y en sus patrones de respuesta ante la dependencia, y que estas diferencias pueden vincularse con dimensiones de apego del propio profesional.[3]

En entornos médicos, esta perspectiva resulta especialmente pertinente por dos razones. Primero, la consulta clínica implica asimetría de información y poder, lo cual incrementa la necesidad de confianza y seguridad por parte del paciente. Segundo, la práctica médica expone al profesional a interacciones repetidas con malestar, ambivalencia y demandas emocionales; en consecuencia, las estrategias del clínico para autorregularse y relacionarse pueden afectar la calidad del vínculo y la efectividad comunicacional. En atención primaria, por ejemplo, se ha argumentado que comprender el apego permite al médico anticipar estilos relacionales del paciente y ajustar su comunicación y manejo clínico de manera más efectiva.[4]

Asimismo, en contextos como los servicios de salud mental, se ha señalado que el personal clínico puede ser vivenciado como figura de apego, y que la organización institucional y la estabilidad del equipo influyen en la continuidad y calidad del vínculo terapéutico. Este enfoque amplía la comprensión del encuentro clínico al considerar no solo la técnica, sino también la dimensión relacional y los efectos de la disponibilidad del cuidador profesional.[5]

Pese a la creciente relevancia de los enfoques relacionales en medicina, la evidencia sobre el rol específico del apego del médico en la relación médico–paciente se encuentra dispersa en distintos campos (comunicación clínica, educación médica, psicología de la salud y modelos interpersonales en enfermedad crónica). Esta heterogeneidad se expresa en diferencias en poblaciones estudiadas (médicos en práctica, estudiantes, equipos clínicos), instrumentos de medición y variables de resultado (satisfacción, comunicación, confianza, toma de decisiones o manejo de situaciones clínicas complejas). Una revisión integrativa del modelo interpersonal en enfermedad crónica destaca cómo la teoría del apego ha sido utilizada para explicar procesos de relación clínica y resultados relevantes del cuidado, evidenciando al mismo tiempo vacíos y variabilidad metodológica.[6]

En paralelo, investigaciones sobre formación médica han vinculado estilos de apego del estudiante o médico con rasgos socioemocionales y desempeño comunicacional, reforzando la idea de que los patrones relacionales del profesional pueden expresarse en el encuentro clínico. Sin embargo, estos hallazgos suelen presentarse en literaturas fragmentadas y con lenguajes conceptuales parcialmente distintos, lo que dificulta una visión integrada centrada en el médico como cuidador profesional.[7,8]

Es importante destacar que la disponibilidad de literatura es asimétrica entre campos: la relación entre apego y vínculo/alianza ha sido explorada con mayor densidad histórica en psicoterapia, donde la relación terapéutica constituye explícitamente un componente del tratamiento y la investigación relacional tiene larga tradición. En contraste, la evidencia sobre apego del médico y relación médico–paciente se encuentra más dispersa y es comparativamente menos abundante, distribuida entre

educación médica, comunicación clínica y modelos interpersonales de enfermedad crónica. Este desequilibrio justifica, en parte, el uso de una revisión narrativa integrativa y el empleo de literatura de marco como antecedente conceptual, sin perder el foco en el contexto médico.[9]

Por ello, se justifica una revisión narrativa integrativa que sintetice y organice la evidencia disponible sobre el apego del médico y su relación con procesos y resultados de la relación médico-paciente. Este enfoque permite integrar estudios empíricos y aportes conceptuales relevantes, identificar mecanismos plausibles (por ejemplo, regulación emocional y comunicación clínica), y proponer un mapa temático que facilite la comprensión del fenómeno y oriente futuras investigaciones y estrategias formativas.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Sintetizar, mediante una revisión narrativa integrativa, la evidencia disponible sobre cómo las orientaciones de apego del médico se relacionan con la relación médico–paciente y con procesos relacionales clave (comunicación, alianza/confianza, regulación emocional) en contextos de atención médica.

### **Objetivos específicos:**

1. Describir los principales enfoques teóricos que sustentan la aplicación de la teoría del apego al rol del médico y la relación médico–paciente.
2. Identificar cómo se ha conceptualizado y medido el apego del médico en los estudios incluidos (dimensiones, instrumentos, enfoques).
3. Sintetizar la evidencia sobre la asociación entre orientaciones de apego del médico y procesos relacionales durante la atención (p. ej., comunicación clínica, empatía/cuidado, manejo de pacientes complejos, regulación emocional).
4. Sintetizar la evidencia sobre la asociación entre orientaciones de apego del médico y resultados vinculados a la relación (p. ej., alianza/confianza, satisfacción del paciente y, cuando corresponda, adherencia u otros outcomes).
5. Proponer un mapa temático integrador que resuma mecanismos plausibles y señale vacíos de investigación y recomendaciones para formación clínica y futuras líneas de estudio.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **2.1 Tipo y diseño del estudio**

El presente trabajo corresponde a una revisión narrativa integrativa con búsqueda estructurada, selección por pertinencia y síntesis temática/narrativa. Este enfoque permite integrar evidencia empírica y aportes conceptuales relevantes para comprender la asociación entre las orientaciones de apego del médico y la relación médico-paciente, manteniendo criterios explícitos de búsqueda, elegibilidad y síntesis.

#### **2.2 Fuentes de información: estrategia de búsqueda**

La identificación de literatura se realizó mediante una búsqueda estructurada en bases de datos biomédicas y de ciencias del comportamiento, complementada con una búsqueda secundaria por rastreo de referencias (snowballing). De acuerdo con el enfoque integrativo, la estrategia priorizó sensibilidad y pertinencia temática, combinando términos controlados y términos libres en título/resumen.

En la primera fase del proyecto se contempló una estrategia amplia de búsqueda en bases tales como PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Web of Science y CINAHL, además de búsqueda manual, utilizando combinaciones del tipo: (attachment OR attachment style OR attachment orientation) AND (working alliance OR trust OR satisfaction OR doctor-patient relationship OR patient-provider relationship). Para la segunda búsqueda, el foco editorial se restringió a apego del médico y relación médico-paciente; por ello, los términos y filtros se orientaron a identificar

literatura sobre: (a) apego del médico/clinician (dimensiones, estilos o estrategias), y (b) procesos relacionales en consulta (comunicación, caregiving, regulación emocional, alianza/confianza) y/o resultados percibidos (satisfacción, adherencia, experiencia del paciente).

### **2.3 Búsqueda secundaria: rastreo de referencias (snowballing)**

Se realizó una búsqueda secundaria por rastreo de referencias (backward snowballing) y, cuando fue posible, rastreo de citas (forward snowballing) a partir de artículos semilla identificados como altamente pertinentes al objetivo del trabajo. Esta estrategia se empleó para ampliar la cobertura de literatura relevante en un campo donde la evidencia puede estar distribuida en disciplinas distintas (medicina, educación médica, psicología de la salud y psiquiatría).

### **2.4 Criterios de elegibilidad (inclusión y exclusión)**

Los criterios se definieron por relevancia respecto del concepto central (apego del médico) y del contexto (relación médico–paciente), priorizando estudios y textos con información suficiente para extraer variables y aportar a la síntesis temática.

#### **2.4.1 Criterios de inclusión**

Se incluyeron documentos que cumplieran con al menos los siguientes criterios:

- Población/participantes (P): médicos en ejercicio, médicos en formación (estudiantes/residentes) o clínicos comparables cuando el texto abordaba explícitamente el rol de “cuidador profesional” aplicable al médico.
- Concepto (C): apego del médico (estilos, orientaciones o estrategias; típicamente ansiedad/evitación, seguridad/inseguridad), o textos que

expliciten el rol del clínico como figura de apego/cuidado con implicancias para la relación clínica.

- Contexto (Co): atención médica y relación médico–paciente (incluyendo atención primaria, enfermedad crónica y otros escenarios clínicos). Se admitieron textos del ámbito de salud mental cuando aportaban elementos directamente transferibles al rol clínico y a la relación asistencial.
- Tipo de evidencia: estudios empíricos (cuantitativos/cualitativos) y revisiones/ensayos conceptuales relevantes para contextualización y construcción del modelo integrador.
- Accesibilidad: disponibilidad de texto completo con información suficiente para extracción de datos.

#### **2.4.2 Criterios de exclusión**

Se excluyeron documentos que:

Abordaran apego únicamente desde el paciente sin aportar implicancias para el apego del médico o para el modelo integrador centrado en el profesional.

Se enfocaran exclusivamente en psicoterapia/alianza terapéutica sin posibilidad clara de transferencia al contexto médico (cuando el objetivo de la nueva versión es médico–paciente).

Carecieran de texto completo o de datos suficientes para extracción y análisis narrativo.

### **2.5 Proceso de selección de documentos**

#### **2.5.1 Fase 1 (mapeo inicial)**

La búsqueda estructurada inicial se planteó con un alcance amplio para mapear literatura sobre teoría del apego en la relación clínico–paciente. Se identificaron 463 artículos inicialmente, que derivaron en 460 registros únicos (tras eliminación de duplicados y artículos retractados). La selección se realizó en etapas:

Tamizaje por título para evaluar pertinencia temática, que derivó en 214 artículos.

Tamizaje por resumen/abstract, 176 registros fueron excluidos por no cumplir criterios (p. ej., no evaluaban apego, no medían relación terapéutica/relación clínica, no eran empíricos o no correspondían al contexto clínico/psicoterapéutico), identificándose un corpus inicial de documentos potencialmente relevantes (n=38).

#### 2.5.2 Fase 2 (refinamiento del enfoque).

Con el fin de asegurar coherencia entre título, pregunta y objetivos, el alcance se delimitó a “apego del médico y relación médico–paciente”. En consecuencia, se aplicaron criterios de elegibilidad más específicos al corpus inicial, priorizando documentos que evaluaran o conceptualizaran explícitamente el apego del médico/clinician y abordaran procesos o resultados de la relación médico–paciente. Posterior a la lectura a texto completo para confirmar criterios de elegibilidad y extraer información clave, se obtuvo un total de n=7 artículos.

#### 2.5.3 Fase 3 (búsqueda complementaria).

Para completar la identificación de evidencia acorde al enfoque final, se realizó rastreo de referencias (backward snowballing) y, cuando fue posible, rastreo de citas (forward snowballing) desde artículos semilla. Pudiéndose así extraer 7 artículos que habían sido incluidos por algunos de nuestro corpus inicial.

Este proceso permitió consolidar el corpus final para la síntesis narrativa (n=14), organizado en artículos núcleo (CORE) y de marco (MARCO).

## **2.6 Extracción y gestión de datos**

Se utilizó una matriz de extracción para organizar la información relevante por documento. La matriz consideró campos tales como: autor/año, título, tipo de documento (empírico/conceptual/revisión), diseño, setting, población, instrumentos o conceptualización del apego, constructos relacionales evaluados (comunicación, caregiving, alianza/confianza, satisfacción u otros), y aportes clave para la síntesis temática. Este tipo de matriz permite estandarizar la lectura y facilitar la comparación narrativa entre documentos.

La gestión bibliográfica de los documentos se realizó mediante Zotero, organizando el corpus en colecciones separadas para CORE y MARCO, y empleando etiquetas para facilitar el rastreo por eje temático durante la redacción.

## **2.7 Estrategia de síntesis: plan de síntesis narrativa**

La síntesis se desarrollará mediante un enfoque temático: los hallazgos y aportes de cada documento serán organizados en categorías y subcategorías, inicialmente definidas a priori por el objetivo del estudio y luego refinadas de manera iterativa durante la lectura comparativa.

Para la presente revisión, la síntesis se estructurará en cuatro ejes temáticos:

Marco conceptual: el médico como cuidador profesional y figura de apego; fundamentos del apego adulto y del sistema de caregiving.

Mecanismos relacionales: orientaciones de apego del médico, regulación emocional, empatía/cuidado e implicancias para la comunicación clínica.

Conductas clínicas observables: manifestaciones en consulta y toma de decisiones, incluyendo escenarios clínicos complejos o de alta demanda.

Resultados e implicancias: alianza/confianza, satisfacción y resultados vinculados a la relación; implicancias para formación médica, desempeño profesional y futuras líneas de investigación.

El producto final esperado de esta síntesis será un mapa temático integrador (modelo conceptual) que describa rutas plausibles entre apego del médico, procesos relacionales, resultados de la relación médico–paciente, además de la identificación de vacíos y recomendaciones para educación y práctica clínica, coherente con el formato de proyecto.

#### IV. RESULTADOS ESPERADOS

- a. Corpus final organizado y gestionado
  - Biblioteca depurada en Zotero con los 14 documentos (8 CORE y 6 MARCO), etiquetados y organizados por ejes temáticos.
- b. Matriz de extracción estructurada
  - Matriz que sistematice, para cada documento, información clave: autor/año, tipo de documento, población/setting, forma de conceptualizar/medir apego, procesos relacionales evaluados (comunicación, caregiving, regulación emocional, alianza/confianza, satisfacción, etc.) y aportes principales para la síntesis.
- c. Síntesis temática por ejes (narrativa integrativa)
  - Desarrollo escrito organizado en cuatro ejes: Médico como figura de apego/caregiver profesional, Mecanismos (regulación emocional, empatía/cuidado, comunicación), Conductas clínicas observables y escenarios complejos, resultados relacionales e implicancias (alianza/confianza/satisfacción; formación y desempeño).
- d. Mapa temático integrador (modelo conceptual):
  - Propuesta de un modelo explicativo que articule rutas plausibles:  
Orientaciones de apego del médico → regulación emocional/estilo de caregiving → calidad de comunicación → alianza/confianza → satisfacción y otros outcomes relacionados.
- e. Identificación de vacíos de evidencia y agenda futura

- Señalamiento de áreas con evidencia limitada (p. ej., especialidades poco estudiadas, falta de métodos observacionales, heterogeneidad de instrumentos, ausencia de estudios longitudinales) y recomendaciones para investigación futura.
- f. Implicancias para práctica clínica y formación médica
- Recomendaciones narrativas y plausibles: fortalecimiento de competencias comunicacionales, entrenamiento en autorregulación y supervisión reflexiva, y consideraciones institucionales para sostener continuidad relacional.

## V. CONCLUSIONES

El presente proyecto plantea una revisión narrativa integrativa orientada a sintetizar la evidencia disponible sobre el apego del médico y su relación con la calidad de la relación médico-paciente. A partir de un proceso de identificación y selección de literatura (búsqueda estructurada inicial, refinamiento del foco hacia “apego del médico” y búsqueda complementaria por snowballing), se propone organizar el corpus final en una síntesis temática que permita describir mecanismos relacionales plausibles (autorregulación emocional, caregiving/empatía y comunicación clínica), su expresión en conductas observables durante la consulta y su posible vínculo con resultados relacionales como alianza/confianza y satisfacción del paciente. Se espera que esta síntesis contribuya a ordenar un campo de evidencia que, en medicina, se encuentra relativamente disperso en comparación con otras áreas clínicas, y que facilite la identificación de vacíos metodológicos relevantes (heterogeneidad de instrumentos, predominio de diseños transversales, y limitada evidencia diádica u observacional). Finalmente, el proyecto aspira a generar recomendaciones aplicables a la formación médica y al desarrollo de competencias relacionales, enfatizando estrategias de comunicación y autorregulación del clínico, especialmente en contextos de alta demanda emocional o incertidumbre clínica.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuertes JN, Toporovsky A, Reyes M, Osborne JB. The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities. *Patient Education and Counseling*. abril de 2017;100(4):610–5. doi:10.1016/j.pec.2016.10.018
2. Mikulincer M, Shaver PR, Gillath O, Nitzberg RA. Attachment, Caregiving, and Altruism: Boosting Attachment Security Increases Compassion and Helping. *Journal of Personality and Social Psychology*. noviembre de 2005;89(5):817–39. doi:10.1037/0022-3514.89.5.817
3. Dozier M, Cue KL, Barnett L. Clinicians as Caregivers: Role of Attachment Organization in Treatment.
4. Hooper LM, Tomek S, Newman CR. Using attachment theory in medical settings: implications for primary care physicians. *J Ment Health*. febrero de 2012;21(1):23–37. doi:10.3109/09638237.2011.613955 PubMed PMID: 22010963.
5. Adshead G. Psychiatric staff as attachment figures: Understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory. *Br J Psychiatry*. enero de 1998;172(1):64–9. doi:10.1192/bjp.172.1.64
6. Jimenez XF. Attachment in medical care: A review of the interpersonal model in chronic disease management. *Chronic Illn*. marzo de 2017;13(1):14–27. doi:10.1177/1742395316653454 PubMed PMID: 27269506.
7. Cherry MG, Fletcher I, O’Sullivan H. Exploring the relationships among attachment, emotional intelligence and communication. *Med Educ*. marzo de 2013;47(3):317–25. doi:10.1111/medu.12115 PubMed PMID: 23398018.

8. Cherry MG, Fletcher I, O'Sullivan H. The influence of medical students' and doctors' attachment style and emotional intelligence on their patient-provider communication. *Patient Educ Couns.* noviembre de 2013;93(2):177–87. doi:10.1016/j.pec.2013.05.010 PubMed PMID: 23747090.
9. Johnson LN, Ketring SA, Espino J. Using Attachment to Better Understand the Therapy Alliance: The Attachment Based Alliance Questionnaire. *J Marital Fam Ther.* abril de 2019;45(2):337–53. doi:10.1111/jmft.12324 PubMed PMID: 29466606.

## **VII. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA**

### **a. Presupuesto**

Dado que el presente trabajo corresponde a una revisión narrativa integrativa basada en literatura científica (sin reclutamiento, sin procedimientos clínicos y con envío digital por SIDISI), el presupuesto se limita a recursos de gestión bibliográfica, redacción y acceso a información, empleando principalmente herramientas gratuitas o de uso institucional.

### **b. Cronograma de actividades (10 semanas)**

A continuación se presenta un cronograma sugerido para completar la revisión narrativa.

#### **Semana 1 — Preparación y organización**

- Consolidación final del corpus (14 documentos) en Zotero (colecciones CORE/MARCO + etiquetas).
- Definición final del índice (capítulos y subcapítulos por ejes).
- Preparación de plantilla de matriz de extracción.

#### **Semana 2 — Extracción de datos CORE (1/2)**

- Lectura profunda de CORE
- Llenado de matriz para estos documentos.
- Notas analíticas: conceptos, mecanismos, frases clave.

#### **Semana 3 — Extracción de datos CORE (2/2)**

- Lectura profunda de CORE restantes

- Matriz completa para los 8 CORE.
- Primer borrador de categorías/subcategorías (versión 0.1).

#### Semana 4 — Extracción y mapeo MARCO

- Lectura dirigida de los 6 MARCO
- Matriz para MARCO (enfoque: qué aporta a ejes/mecanismos/modelo).
- Refinamiento de categorías temáticas (versión 0.2).

#### Semana 5 — Redacción: Introducción y Metodología (versión final)

- Ajuste fino de Introducción (1.1–1.5) con coherencia del alcance.
- Metodología completa (incluyendo fases y snowballing en selección).
- Anexos: plantilla de matriz y lista final de papers.

#### Semana 6 — Redacción de síntesis: Ejes 1 y 2

- Eje 1 (marco conceptual: cuidador/figura de apego, caregiving).
- Eje 2 (mecanismos: regulación emocional, comunicación, EI).

#### Semana 7 — Redacción de síntesis: Ejes 3 y 4

- Eje 3 (conductas clínicas observables, MUS, crónicos).
- Eje 4 (outcomes relacionales: alianza/confianza/satisfacción; formación/desempeño).

#### Semana 8 — Integración y modelo

- Capítulo de integración: modelo conceptual (figura).
- Vacíos de evidencia + implicancias prácticas y educativas.

#### Semana 9 — Edición académica y consistencia

- Coherencia global, transiciones entre ejes.
- Ajuste de términos (apego, dimensiones, caregiving, alianza).

- Revisión de citación y bibliografía con Zotero.

#### Semana 10 — Entregable final

- Revisión final de estilo, ortografía, formato institucional.
- Verificación de anexos, tablas, figura del modelo.
- Versión final para asesor/jurado

## VIII. TABLAS Y FIGURAS

**Tabla 1.** Presupuesto estimado (S/.) del proyecto.

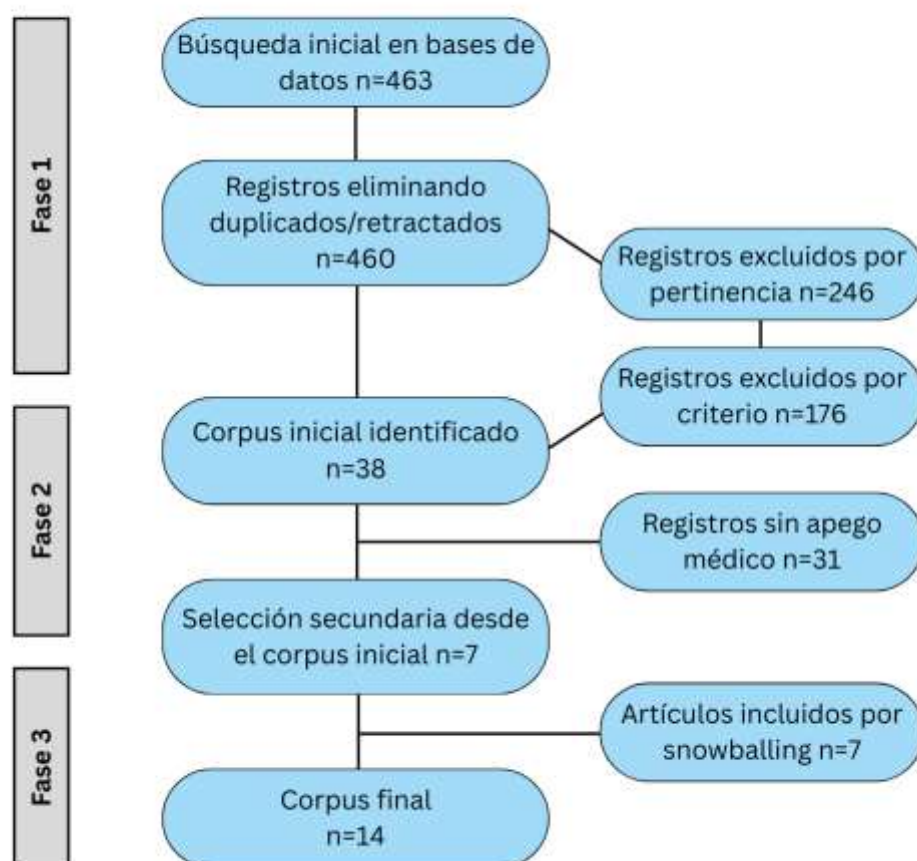
| <b>Rubro</b>          | <b>Descripción</b>                             | <b>Unidad</b> | <b>Cant.</b> | <b>Costo unitario (S/.)</b> | <b>Costo total (S/.)</b> |
|-----------------------|--|---------------|--------------|-----------------------------|--------------------------|
| Gestión bibliográfica | Zotero (software)                              | Licencia      | 1            | 0.00                        | 0.00                     |
| Acceso a literatura   | Acceso institucional a bases de datos/recursos | Servicio      | 1            | 0.00                        | 0.00                     |
| Ofimática             | Microsoft Word / equivalente                   | Servicio      | 1            | 0.00                        | 0.00                     |
| Conectividad          | Internet para búsqueda/descarga/redacción      | Mes           | 1            | 0.00                        | 0.00                     |
| Almacenamiento        | Respaldo local/nube (si aplica)                | Servicio      | 1            | 0.00                        | 0.00                     |
| Total                 |  |               |              |                             | 0.00                     |

**Tabla 2.** Corpus final incluido para síntesis narrativa integrativa (n=14).

| Nº | Tipo  | Autor/año            | Título (abreviado)  | Contexto principal                      | Eje(s)     |
|----|-------|----------------------|---|---|------------|
| 1  | CORE  | Dozier, 1994         | Clinicians as caregivers                                      | Marco clínico (cuidador profesional)    | 1, 3, 4    |
| 2  | CORE  | Hooper, 2011/2012    | Attachment theory in medical settings (primary care)          | Atención primaria                       | 1, 2, 3, 4 |
| 3  | CORE  | Kafetsios, 2015/2016 | Doctors' attachment, emotion regulation, patient satisfaction | Medicina / satisfacción                 | 2, 4       |
| 4  | CORE  | Cherry, 2013         | Attachment–EI–communication (exploring...)                    | Educación médica / comunicación         | 2, 4       |
| 5  | CORE  | Cherry, 2013         | Attachment & EI in patient–provider communication             | Medicina/educación / comunicación       | 2, 4       |
| 6  | CORE  | Salmons, 2007/2008   | Doctors' attachment & somatic interventions (MUS)             | Atención primaria / MUS                 | 3          |
| 7  | CORE  | Jimenez, 2016        | Attachment in medical care (chronic disease)                  | Enfermedad crónica                      | 1, 3       |
| 8  | CORE  | Adshead, 2010        | Attachment & poorly performing doctors                        | Formación/desempeño                     | 3, 4       |
| 9  | MARCO | Mikulincer, 2005     | Attachment security → compassion/helping                      | Psicología social (caregiving)          | 1          |
| 10 | MARCO | Adshead, 1998        | Psychiatric staff as attachment figures                       | Servicios de salud mental (institución) | 1, 4       |
| 11 | MARCO | Ma, 2006             | Adult psychiatry Part 1 (concepts/measurement)                | Psiquiatría (conceptual)                | 1          |
| 12 | MARCO | Ma, 2007             | Adult psychiatry Part 2 (therapeutic relationship)            | Psiquiatría (relación terapéutica)      | 1          |

|    |       |               |  |  |      |
|----|-------|---------------|--|--|------|
| 13 | MARCO | Fuertes, 2016 | Physician–patient working alliance             | Alianza en medicina                      | 4    |
| 14 | MARCO | Johnson, 2019 | ABAQ (attachment-based alliance questionnaire) | Alianza (psicoterapia; marco conceptual) | 1, 4 |

**Figura 1.** Flujograma narrativo del proceso de búsqueda estructurada, refinamiento del enfoque y búsqueda complementaria por snowballing, con consolidación del corpus final (n=14; 8 CORE y 6 MARCO).



## ANEXO

### Anexo A. Plantilla de matriz de extracción (formato)

| <b>Campo</b>                       | <b>Contenido a registrar</b>  |
|------------------------------------|---|
| ID                                 | Número correlativo  |
| Referencia                         | Autor/año, título, revista  |
| Tipo de documento                  | Empírico cuantitativo / cualitativo / revisión / conceptual                   |
| Contexto/setting                   | Atención primaria, crónicos, educación médica, etc.                           |
| Población/muestra                  | n, características (si aplica)  |
| Apego del médico:<br>medición      | Instrumento, dimensiones (ansiedad/evitación) o prototipos                    |
| Procesos relacionales<br>evaluados | Autorregulación, caregiving/empatía, comunicación,<br>alianza/confianza, etc. |
| Outcomes vinculados                | Satisfacción, adherencia/continuidad (si aplica)                              |
| Hallazgos o aportes<br>clave       | 2–4 bullets concretos   |
| Limitaciones<br>metodológicas      | Diseño, sesgos, generalización  |
| Eje(s) temático(s)                 | 1 / 2 / 3 / 4   |
| Notas para síntesis                | Frases útiles, conceptos puente, citas clave                                  |