



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



11226
2el
246

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Clinica Hospital General de Zona No. 2

Análisis del Self y Alter en el Paciente de la Consulta Externa de
Medicina Familiar

TESIS

Que Presenta para Obtener el Grado de Especialidad en
Medicina Familiar



El Médico Cirujano

SEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
Hermosillo, Sonora

Guillermo Arturo Ramirez Santiago

FALLA DE ORIGEN

ASESORES

Dr. José Felipe Carrillo Martínez

Diacco

Dr. Miguel Bernardo Romero Talíz
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA
DE MEDICINA FAMILIAR

Hermosillo, Sonora Febrero 1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E :

- I.- INTRODUCCION
- II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS
- III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- IV.- HIPOTESIS
- V.- OBJETIVOS
- VI.- MATERIAL Y METODOS
- VII.- RESULTADOS Y DISCUSION
- VIII.- CONCLUSIONES
- IX.- SUGERENCIAS
- X.- BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

En todo acto médico, la relación médico-paciente es el punto más importante que se debe desarrollar en la entrevista clínica para lograr mayores efectos terapéuticos. Primordialmente cuando nos referimos al primer nivel de atención médica que es la consulta de medicina familiar.

Por lo que ha sido sometida a estudios, desde diversos enfoques para observar y estudiar esta relación, como son el enfoque funcionalista, el enfoque psicoanalista, el enfoque estructurista y sociocultural, y el enfoque sistémico entre otros.

La relación médico paciente es una interacción constante en la que se establece una relación interpersonal también constante, en lo que médico y paciente intercambian mensajes los cuales definen esta relación y les proporciona identidad mutua.

Estos conceptos encuentran sus fundamentos teóricos en la Teoría General de Sistemas, de donde parte el enfoque sistémico del estudio de las relaciones interpersonales, dadas en cualquier área de la comunicación humana, y que por lo tanto la medicina y sus eventos de tipo médico no estarán exentos de poderse analizar bajo la perspectiva de este enfoque; el cual constituye una nueva manera de abordaje.

El presente estudio de investigación pretende hacer un análisis de la interacción entre paciente y médico en la consulta de medicina familiar, partiendo de la manera de cómo llega el paciente a proponer su (s) enfermedad (es) y la manera de como el médico responde a ello. Observando interacciones que se den-

con una frecuencia elevada como sucede en los pacientes orgánicos crónicos y psicosomáticos.

Para lograr este análisis es necesario tomar como referencia lo postulado en los axiomas de la comunicación humana que son los siguientes:

- 1.- No es posible no comunicar.
- 2.- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto de relación.
- 3.- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de la comunicación.
- 4.- En toda relación existe una comunicación digital y una comunicación analógica.
- 5.- Toda interacción entre los comunicantes puede ser simétrica o complementaria.

Haciendo especial énfasis en el segundo axioma que postula que una comunicación no solo transmite información (contenido) sino cómo es que debe de entenderse esa información, basada en la relación entre los comunicantes. Siendo aquí donde se encuentra intimamente vinculado con el complejo problema concerniente a la percepción del Self y el Alter.

Cada vez que alguien establece una comunicación se define a sí mismo "así es como me veo" (Self). Esto puede generar - tres posibles respuestas del interlocutor (Alter): confirmación, rechazo, desconfirmación.

Tomando en cuenta que es nuestro quehacer como médicos-familiares nos enfrentaremos al dilema de la relación médico-paciente, y que en nuestro medio no contamos con estudios de investigación previos que analicen esta relación desde el enfoque sistémico, justificamos el presente estudio tratando de sentar bases para proseguir en esta línea de investigación posteriormente.

MARCO DE REFERENCIA

En medicina la palabra "normal" se usa corrientemente - como sinónimo de salud. En los diccionarios normal se define como el promedio o lo que no se desvía de cierto nivel medio. En Biología lo normal es algo más que un promedio más o menos fijo. El -- hombre como todos los seres vivos, está sometido constantemente a la variación en tal forma que sus características anatómicas, fisiológicas, psicológicas e inmunológicas, no admiten un modelo fijo, de lo que resulta que por lo tanto no pueden existir límites netos entre salud y enfermedad.

Considerar a la salud como un estado biológico estático - no es real. El concepto de salud involucra ideas de balance y adaptación; el de enfermedad desequilibrio o desadaptación. No puede - admitirse, entonces, que la salud sea la ausencia de enfermedad y viceversa. Existe entre ambos estados una latitud mucho mayor, limitada en un extremo por la variación que llevamos enfermedad y en el otro por la adaptabilidad que llamamos salud. (5)

El concepto de salud según la OMS, dice que la salud es el estado de completo bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (3)

El concepto de enfermedad actualmente lo podemos considerar desde dos enfoques distintos, el modelo biológico o biomédico y el modelo biosíquico y socio-cultural.

El modelo biológico es el con el que la medicina se volvió una actividad científica, tiene como base la afirmación de que es la enfermedad es, en esencia, una "lesión" o alteración de la - estructura, de la función o de ambas, del organismo humano.

El modelo biosíquico y sociocultural es aquel con el que -
pudo construirse un modelo de enfermedad psíquica practicamente idéntico al de la enfermedad biológica o somática, la "lesión" o patología, de este modelo no se encuentra en el organismo, en el cuerpo humano, sino en el aparato psíquico. Posteriormente se vió que pueden suceder dos cosas: que esta lesión fuera secundaria a una alteración orgánica o que, a su vez, la "patología" psíquica produjera una "lesión" somática. De este modo se cerró el círculo de la enfermedad como un problema del hombre en su totalidad.

El siguiente paso en este modelo fué no sólo considerar -
lo anterior sino que el padecer puede ser debido a simples "puntos débiles" que todos tenemos en nuestra personalidad y que se pone en evidencia ya por una enfermedad orgánica, ya por una contradicción cultural o por un conflicto social.

Los problemas de salud psíquica debidos a las características de una personalidad que no puede considerarse enferma son, por su morbilidad, los más importantes. Gran parte del padecer de carácter médico está formado por ellos y sus relaciones con la cultura y lo social son tan innegables como, digamos de tomarse en cuenta en toda consulta médica. (7)

La medicina tan antigua como los albores de la civilización, se esboza en las culturas primitivas como una de las primeras manifestaciones de solidaridad humana, significada en el impulso desinteresado de ayudar a un semejante que lo necesita. Si esta ayuda es solicitada y aceptada por el necesitado, se establece un vínculo humano que en su más pura y simple expresión implica dos actitudes bien definidas: la volición de quién está dispuesto a ayudar a la aceptación y confianza por parte de quién recibe y solicite ayuda. (1)

La enfermedad como proceso morboso afecta a los individuos de diferentes maneras , ésto las lleva a buscar alguna forma de - - ayuda o apoyo.

La ideología del paciente en su historia ha sido el tener un pensamiento mágico, empírico o científico popular y la solución a sus problemas de salud es en primera instancia casera o de medicina popular, medicina de los legos*; para posteriormente acudir con el médico a que le resuelva sus problemas de salud. (4)

Si la razón para que la relación médico-paciente se inicie y mantenga en la presencia de una enfermedad real o aparente en el paciente, parece pertinente, como se mencionó anteriormente, recalcar que la enfermedad en su naturaleza es un fenómeno biofísico, social, psicológico y cultural; de tal manera que la relación médico-paciente debe permitir al médico y al paciente esclarecer todos - - éstos puntos, los cuales varían ampliamente según el tipo de enfermedad o padecimiento. Arranca de un genuino interés del médico por ayudar al paciente resolviéndole sus problemas de salud dentro de los límites de su cultura. La enfermedad ha sido reconocida como un cuento para el cual el médico tiene que buscar las explicaciones fuera de la realidad de la biología, siendo la psicología y la sociología las disciplinas que pueden ayudar a encontrar dichas explicaciones, así como facilitar la relación médico paciente tratando de interpretar el proceso dentro del cual el médico debe ubicar su ciencia y su profesión.

En cada acto médico siempre intervienen dos partes, el médico y el paciente o, en un sentido más amplio, el cuerpo médico y la sociedad. En última instancia, la medicina no es sino el resultado de las múltiples relaciones entre dos grupos.

* Legos.- Amigo vecino, comadre, comadrona, boticario, sobador, curandero, yerbero, brujo, etc.

El proceso clínico de la consulta, tiene lugar dentro del contexto de la relación entre el médico y el paciente. El establecimiento de esa interrelación dependerá básicamente de dos factores: uno de tipo emocional y otro de tipo intelectual; o sea el ambiente por un lado y la comunicación por otro respectivamente, los dos son factores que pueden influir sobre dicha relación.

Por lo que respecta al factor emocional, existen una serie de elementos que, independientemente del sitio en que se efectue la relación, intervienen modificando el ambiente, la forma mediante la cual el médico recibe al paciente es de una importancia desproporcionada comparada con el tiempo que ésta toma en ser llevada a cabo. En lo que toca al factor intelectual el médico y el paciente deben manejar el mismo lenguaje de entendimiento. El médico debe estar -- capacitado en definir la naturaleza de los problemas del paciente, ponerlos en condiciones que sean adecuadas para practicar sus habilidades y por tanto, contribuir en su solución. Para cumplir con este propósito, el médico necesita conocimientos, actitudes y habilidades para obtener información, aclarar problemas, otorgar consejos, aplicar técnicas médicas y evaluar resultados. Estas habilidades dependen fundamentalmente de la naturaleza y calidad de la comunicación entre el médico y el paciente. (9)

La atención personal y directa por parte del médico a la persona que necesita ayuda médica por un problema de salud es llamada consulta médica la cual es definida como el encuentro y relación de dos personas: una que necesita ayuda médica por un problema de salud; tanto en el área biológica como en el área psicológica y social y otra que esté capacitada psíquica, científica, técnica y legalmente para proporcionarla. Por lo tanto podremos decir que la clínica es la parte de la medicina que se ocupa del conocimiento y comprensión del hombre con problemas de salud-en cualquiera de las áreas mencionadas-, con el objeto de identificar y tratar de resolver dichos problemas. (7)

La relación médico paciente es un marco de referencia vital para ambos actores, marco que las sitúa y las ayuda para que se entiendan y logren sus objetivos (4). Esta relación tiene distintos enfoques de análisis como son el enfoque psicoanalista, el funcionalista, el estructuralista sociocultural y sistémico.

El enfoque psicoanalista de la relación médico paciente representado de una manera muy importante por Michel Balint; sostiene que la forma en que se desarrolla el encuentro entre médico y paciente y la atmosfera en que se lleva a cabo, constituyen el primer acto terapeutico del médico. Identifica dos fases en el proceso del enfermo, una fase llamada "inorgánica" relacionada con las tensiones a esfuerzos de carácter mental o emocional y que el médico es usado como una valvula de escape y una segunda fase en la que el paciente "sugiere" varias enfermedades a su médico, a las que éste último responde con los correspondientes exámenes físicos, seguidos de una terapia racional. Con ello, desmenuza cada enfermedad, demostrándole al paciente si aquella era justificada o no, si existe o no, hasta que se establece un acuerdo entre ambos (2). Para el paciente, el sentirse enfermo es siempre una experiencia ingrata, siente que algo anda mal en su persona, algo que lo dañará si no es tratado rápidamente y apropiadamente; después de haber examinado al paciente concienzudamente él espera que su enfermedad sea diagnosticada y además tratada adecuadamente. Por otra parte si el paciente no obtiene esto, en la medida en que el paciente se sienta imposibilitado de explicar y -- aceptar sus dolores, temores y privaciones. Este se siente rechazado por el médico, ya que este último está asumiendo en efecto una actitud de rechazo hacia la dolencia que el enfermo le presenta.

La actitud actual de la medicina consiste en afirmar que no debe iniciarse un tratamiento antes de haber formulado un diagnóstico, además de que este diagnóstico describa realmente los procesos

patológicos, jerarquizando las enfermedades. La enfermedad orgánica - ocupa siempre un lugar respetable en esta escala jerárquica, tanto para el médico como para el propio paciente. Con respecto a las enfermedades psicosomáticas como por ejemplo el diagnóstico de "neurosis", tiene un carácter tan inespecífico y aporta tan poco a la comprensión del proceso patológico que se está tratando de diagnosticar que se ha convertido en el saco de deshecho en donde se deposita prácticamente todo - - aquello que no sabemos como diagnosticar. (2)

Haciendo un análisis de la relación médico paciente en su - dinámica, ésta convierte al médico en algo más que un simple controlador de su enfermedad, donde su rol es perdurar en su relación con el - paciente para ayudarlo, y donde el paciente le confirma un papel estabilizador en su vida. (2)

El enfoque funcionalista en el que Parsons, sostiene que habiéndose definido al paciente como un ser desviado es lógico pensar -- que el médico como un agente de control social se encuentra implícitamente encargado de lograr que la persona enferma vuelva a su completo funcionamiento e identifica cuatro facetas de la actitud profesional del médico: universalismo, especificidad funcional, neutralidad afectiva, y orientación colectiva. Dentro del mismo marco funcionalista Szasz y Hollander, han aportado 3 modelos fundamentales de interrelación médico-paciente. (9)

El enfoque estructuralista donde se destaca Freudson y se critica al enfoque funcionalista, principalmente cuando refiere ignorar la necesidad de un conflicto en las relaciones humanas y señala - que un aspecto designado como fundamental es el sistema de referencia del lego, en el que el paciente tiene que seguir una serie de pasos - que le ayuden a definir adecuadamente y, en sus términos, su problema pudiendo esta consulta inicial ser determinante para la opinión que - se forma el paciente respecto a la perspectiva del problema. (9)

Maneja los aspectos socioculturales de la relación médico paciente - en las que menciona que cada hombre tiene su propia ideología, formada por el contacto con otros hombres (4) . El sistema de referencia del lego debe ser entendido sobre la base de dos sistemas sociales - distintos e interrelacionados, éste es, un sistema profesional que contiene al médico y un sistema de legos que contiene al paciente.

El enfoque sistémico basado en la Teoría General de Sistemas, que entre otras también se refiere a considerar la interacción humana como un sistema, definido éste por Hall y Fagen, como un conjunto de objetos así como de relaciones entre los sujetos y entre sus atributos; en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones mantienen unido al sistema. La decisión sobre cuales son las relaciones importantes y cuales las triviales dependen del interés de cada persona.

El surgimiento de la sistemática aparece en el siglo XX con un gran número de disciplinas, las cuales pueden clasificarse bajo el nombre general de pensamiento sistémico. Tales disciplinas originalmente separadas son las siguientes:

- 1.- La filosofiabiológica de Ludwig Von Bertalanffy, y su concepto de sistema abierto en el que define que los sistemas orgánicos son abiertos en el sentido de que intercambian material, energía o información con su medio ambiente.

- 2.- Las formulaciones Cibernéticas de Norbert Wiener y el trabajo de Ashby, sobre las máquinas a las que se les atribuyen las propiedades de pensar y aprender y como resultado de este trabajo los conceptos de retroalimentación y automatización.

- 3.- La teoría de la información y de las comunicaciones basadas en los trabajos de Shannon, Weaver, Cherry y otros sobre proble

más lingüísticos, matemáticos y teóricos que están relacionados con la transmisión de mensajes en circuitos portadores de información.

4.- La teoría de juegos de Von Newman y Morgenstern.

5.- Las técnicas para simular procesos sociales y ambientales por computadoras propuestas por Jay Forrester y otros.

La teoría de sistemas pretende ser una nueva orientación trascendente de pensamiento científico del género que Thomas Kuhn, describió como Revolución Científica. La característica de ésta revolución es el reemplazo de modos de pensamiento analíticos fragmentados por otros de naturaleza holístico integrantes (6).

El estudio de la comunicación humana sostiene que toda conducta en una situación de interacción interpersonal tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación y esta comunicación a su vez se convierte en el vehículo para estudiar la conducta humana.

El investigador de la conducta humana pasa de un estudio deductivo de la mente al estudio de las manifestaciones observables de la relación. En el estudio de la comunicación humana existen subdivisiones entre áreas específicas: sintáctica que es lo relativo a transmitir información; la semántica, que es el significado de la información y la pragmática, que se refiere al efecto que causa la comunicación o información en la conducta.

Comunicación en sistema se refiere al aspecto pragmático de la teoría de la comunicación humana e interacción se refiere a la serie de mensajes intercambiados entre personas, por lo que es evidente que una vez que se acepta que toda conducta es comunicación, ya no manejaremos una unidad-mensaje monofónica sino más bien con un conjunto fluido multifacético de muchos modos de conducta (verbal, tonal, postural, contextual, etc.) todos los cuales limitan el significado de los otros.

El estudio de la pragmática de la comunicación humana se basa en algunas propiedades simples de la comunicación que participan de la naturaleza de cinco axiomas los cuales pretenden explicar -- toda relación interpersonal.

1er. Axioma.- Se postula como la imposibilidad de no comu-nicar, o sea no hay nada que sea lo contrario de conducta, dicho de otra manera es imposible no comportarse.

Como ya se mencionó toda conducta en una situación de inter-acción tiene un valor de mensaje, es comunicación, de donde se deduce que por mucho que uno lo intente no puede dejar de comunicar. Activi-dad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje; influyen sobre los demás quienes a su vez, no pueden dejar de res-ponder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican. Cual -quier comunicación implica un compromiso y por lo tanto define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor. La pragmática de cualquier contexto comunicacional se ve limitada a unas pocas reac-ciones posibles: Aceptación de la comunicación, rechazo de la comu-nicación, descalificación de la comunicación y el síntoma como comuni-cación. Este último consiste en la técnica de recurrir a la fuerza de motivos que están más allá del propio control y ésta se vuelve perfec-ta cuando una persona logra convencerse así misma que está a merced - de fuerzas que están más allá de su control, ésto significa decir - que tiene un sintoma (neurótico, psicosomático, o psicótico). La teo-ría de la comunicación concibe un sintoma como un mensaje no verbal.

2do. Axioma.- Toda comunicación tiene un aspecto de con-tenido y un aspecto relacional, tal es que el segundo clasifica al - primero y es, por ende, una metacomunicación, o sea una explicación de tal comunicación. Toda comunicación implica un compromiso por lo tanto define la relación; una comunicación no solo transmite informa-

ción, sino que, al mismo tiempo impone conductas. El aspecto de -- contenido de un mensaje transmite información y el aspecto de rela-- ción se refiere a que tipo de mensaje debe entenderse que es, es -- decir la relación entre las comunicantes.

La capacidad para metacomunicarse en forma adecuada cons-- tituye no solo condición, sine qua non de la comunicación eficaz, - sino que también está íntimamente vinculada con el complejo problema concerniente a la percepción del self y alter.

En el nivel relacional las personas no comunican nada acer-- ca de hechos externos a su relación, sino que se proponen mutuamente definiciones de esa relación, y por implicación de sí mismos.

Cada vez que alguien establece una comunicación se define-- a sí mismo "asi es como me veo" (self). Esto puede generar tres res-- puestas del interlocutor (Alter); confirmación, rechazo y desconfi-- mación.

CONFIRMACION.- El alter puede aceptar (confirmar) la defi-- nición que el self da de sí mismo "asi es como te veo". Esta confir-- mación es probablemente el factor que más pesa en el desarrollo y es-- tabilidad mental, puesto que sin este efecto autoconfirmador, la co-- municación humana no se habría desarrollado más allá de los muy estre-- chos límites de los intercambios indispensables para la protección y la supervivencia; no habría motivos para comunicarse por la comunica-- ción misma.

RECHAZO.- La segunda respuesta del alter consiste en rech-- azarla, sin embargo el rechazo presupone por lo menos un reconocimiento limitado de lo que se rechaza y, por lo tanto, no niega necesariamente la realidad de la imagen que el self tiene de sí mismo. El mensaje es "yo no te veo asi".

DESCONFIRMACION.- La tercera respuesta que el alter puede dar es un rechazo directo de su definición, es decir lo desconfirma. El mensaje que le da es "tu no existes". Cualquiera de estas tres - respuestas tienen un denominador común, ya que por medio de cualquier de ellos el alter comunica la manera en que ve al self. Con lo - que de una manera o de otra el alter le proporciona una identidad al self.

3er. Axioma.- La naturaleza de una relación depende de -- la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios, la puntuación organiza los hechos de la conducta, y resulta vital para las interacciones en marcha. Sirven para reconocer secuencias de interacción comunes e importantes. En - una secuencia prolongada de intercambios, los organismos participantes de hecho puntúan la secuencia de modo que uno de ellos o el otro -- tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc.

4to. Axioma.- Comunicación digital y analógica: Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, -- mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sin taxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

La comunicación digital es toda aquella comunicación verbal o escrita mientras que la comunicación analógica es virtualmente todo lo que sea comunicación no verbal y que incluye movimientos corporales, postura, gestos, expresión facial, inflexión de la voz, secuen cia, ritmo y la cadencia de las palabras mismas. El hombre es el úni

co organismo que utiliza tanto los modos de comunicación analógicas como los digitales.

5to. Axioma.- Interacción Simétrica y Complementaria.

Se describe como relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En el primer caso los participantes tienden a igualar especialmente, su conducta recíproca, y así su interacción, puede considerarse simétrica. En el segundo caso la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo distinto de gestalt y recibe el nombre de complementaria. Así pues, la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia (8).

La presente investigación pretende hacer un análisis de la relación médico-paciente tomado como marco de referencia el enfoque sistémico de esta relación y tomando como base lo postulado por el segundo axioma de la comunicación referente a la definición del self y el alter, propuesto por Ronald Laing, Partiendo de la observación de que existen pacientes con una alta frecuencia de asistencia a la Consulta Externa de Medicina Familiar, por diversos motivos entre los que destacan por un lado los padecimientos orgánicos crónicos y por el otro los padecimientos psicosomáticos, en los que se establece una relación interpersonal constante entre paciente y médico. Esta frecuencia elevada de interacción en la que el paciente se propone de alguna manera y obtiene una respuesta por parte del médico, estableciéndose así una forma de relación entre ellos. Observamos también que esta relación es diferente y surge la duda de si habrá alguna diferencia en la percepción que tiene el médico del paciente, dependiendo de la patología que presente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocemos que ante cualquier relación entre dos o más personas siempre se tiende a tener una definición de esa relación, lo que a su vez les dá identidad a los participantes. Dicha definición es inherente a la naturaleza de la comunicación humana y por lo tanto, para la definición que alguien dé de si mismo hacia otra persona existen tres respuestas posibles; confirmación, rechazo y desconfirmación. Por lo que todo paciente atendido en la Consulta Externa de Medicina Familiar es confirmado, rechazado o desconfirmado en la definición que de si mismo dá de la enfermedad que presenta.

Al observar que la manera de relacionarse paciente y médico es diferente para los dos tipos de pacientes por parte del médico nos surge la duda de si ¿habrá alguna diferencia en la percepción que tiene el médico del paciente dependiendo de la patología que presente? ¿Influirá el tipo de padecimiento de esos pacientes en la percepción y respuesta por parte del médico?

H I P O T E S I S

H1

1.- Los pacientes que presenten una enfermedad orgánica crónica serán confirmados en su self por su médico familiar (alter).

2.- Los pacientes que presenten una enfermedad psicósomática serán rechazados en su self por su médico familiar (alter).

Ho

1.- Los pacientes que presenten una enfermedad - - orgánica crónica no serán confirmados por su médico familiar (alter).

2.- Los pacientes que presenten una enfermedad psicosomática no serán rechazados en su self por su médico familiar (alter).

O B J E T I V O S

1.- Analizar el self y alter en un grupo de pacientes orgánicos crónicos y un grupo de pacientes psicossomáticos de la Consulta Externa del HGZ-2 de Hermosillo, Sonora.

2.- Verificar si el paciente orgánico crónico es - confirmado y el paciente psicossomático es rechazado.

MATERIA L Y METODOS

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital General de Zona #2 con clinica de Medicina Familiar-de Hermosillo, Sonora.

Se analizaron 40 interacciones médico paciente de la- Consulta Externa de Medicina Familiar y se formaron dos grupos de pacientes de 20 cada uno. En un grupo se incluyen a pacientes portadores de alguna(s) patologia(s) orgánica(s) crónica(s) y en el otro grupo a pacientes con alguna patologia de - origen psicossomático. El estudio es de tipo analítico transversal.

Criterios de Inclusion:

Los criterios que se utilizaron para seleccionar la -

muestra y formar los grupos fueron de dos tipos:

A.- Criterios para seleccionar a los médicos:

- Que fuera médico familiar de base.
- Que tuviera una población adscrita fija.
- Que conociera a su población con un mínimo de seis meses.

B.- Criterios para seleccionar a los pacientes:

- Que tuvieran médico familiar asignado.
- Que se incluyeran en uno de los dos grupos con los diagnósticos mencionados (orgánicos crónicos o psicósomáticos).
- Que tuvieran por lo menos tres consultas previas con el mismo médico y por la misma patología.
- Que fueran designados como tales por el médico-familiar.
- Que todos los pacientes tuvieran más de 18 años.
- Que cumplieran con las 4 etapas de la entrevista médica establecidas por los investigadores.

Se designaron 8 médicos familiares que cumplieron con los requisitos de inclusión. La muestra de pacientes fué elegida en forma aleatoria al acudir a la consulta. Se realizó una rotación por los 8 consultorios hasta completar la muestra de 40 pacientes; 20 orgánicos crónicos y 20 psicósomáticos, dicha rotación se llevó a cabo en diferentes días y con la presencia de ambos investigadores, la técnica empleada fué la de llegar al inicio del turno y permanecer en el consultorio hasta que el médico familiar designará a los pacientes por observar.

Entendiéndose por paciente orgánico crónico a todo aquel que presente una patología plenamente establecida, de larga evolución, tales como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal Crónica, Cardiopatías de diversa

etiología, Enfermedades Articulares Degenerativas y todas aquellas otras que tengan un fondo orgánico crónico.

Y por paciente psicosomático a todo aquel que presenta problemas relacionales y que somatizan sus conflictos emocionales, tales como los hipocondriacos, neuróticos y psiconeuróticos hipertensos reaccionales, patología gastrointestinal de origen nervioso, etc, en los que la enfermedad es el síntoma, siendo éste la manifestación expresa de una relación no definida.

El estudio se orientó a observar y analizar el self y el alter del paciente en el momento de la entrevista médica. Aclaramos que el estudio parte de la siguiente puntuación; el self corresponde a la manera de como se propone el paciente ante el médico y el alter corresponde al modo de respuesta del médico ante esa proposición del paciente. Para lograrlo se dividió la entrevista médica en 4 etapas que a continuación mencionamos y en las que se estuvo observando la interacción que se desarrollaba analizando tanto eventos digitales como analógicos y otorgándoseles un puntaje específico para poder calificarlas.

1a. ETAPA : Consistió en la identificación y clasificación del paciente por parte del médico familiar en donde lo catalogaba como orgánico crónico o psicosomático. Se observaron mensajes tanto digitales como analógicos y se consideraron confirmaciones a los comentarios y gestos de agrado, de buena disposición, de interés por el paciente y su patología, etc., y como rechazos a comentarios y gestos de desagrado, de no buena disposición, de rechazo, de fastidio o desacuerdo, etc.

Procediéndose a calificar como rechazo o confirmación al paciente según se hayan presentado los eventos anteriormente mencionados.

2da. ETAPA : Se marcó desde la entrada del paciente - al consultorio hasta antes de dar inicio la consulta médica. Se observaron mensajes tanto digitales como analógicos de confirmación, rechazo o desconfirmación; considerando como confirmación a todos los actos de aceptación para el paciente tales como saludo amable, sonrisas y gestos cordiales, comentarios diversos de confianza y buena relación, etc. Considerando como rechazo a todos los actos de no aceptación tales como conducta tajante, aspecto no amigable, demasiada seriedad para el contexto, etc. y considerando como desconfirmación a toda conducta tendiente a ignorar al paciente como no contestarle el saludo, no dirigirle la mirada, no demostrar interés por el paciente y su patología, etc.

Procediéndose a calificar como confirmación rechazo o desconfirmación al paciente según se hayan presentado los eventos anteriormente mencionados.

3ra. ETAPA : Correspondió al lapso que tuvo lugar -- desde iniciada la consulta médica hasta que el paciente abandonó el consultorio.

A ésta etapa se le condisero como la más importante ya que en ella se dió el mayor número de eventos de interacción - médico-paciente; fué necesario dividir ésta etapa en tres partes, el interrogatorio tanto dirigido como la tribuna libre, - la exploración y la prescripción o indicaciones. Se tomaron - en cuenta aspectos digitales i analógicos de éstas tres partes.

En ellas se analizaron 14 eventos a los que se les adjudicó una calificación de 5 puntos por cada evento, otorgando sele 3 de ellos a lo analógico y 2 a lo digital, sumando un - total de 70 puntos en todos los eventos. Para poder calificar la etapa como confirmación, rechazo o desconfirmación, fué necesario que se acumularan 40 puntos ó más.

4a. ETAPA : Consistió en los comentarios y analogías presentadas por el médico hacia el paciente después de que éste hubo abandonado el consultorio. Considerando como confirmación a los comentarios y gestos de agrado hacia el paciente y su pa-to-lo-g-i-a y como rechazo a los comentarios y analogías de des-ag-ra-d-o, de enfado, de no buena disposición, de desacuerdo, etc.

Procediéndose a calificar como confirmación o rechazo - al pa-ci-e-n-te y su pa-to-lo-g-i-a según se hayan presentado los eventos anteriormente señalados.

Consideramos que en el análisis de las 4 etapas mencio-n-adas el aspecto analógico proporciona una información más fi-de-digna de las interacciones, por lo que se le confiere un mayor valor.

RESULTADOS Y DISCUSION

La distribución por grupo de edad según el tipo de padecimiento lo podemos observar en el cuadro número 1, de donde analizamos que en los pacientes orgánicos crónicos existe una prevalencia en los grupos etarios de los 50 a los 80 años, mientras que en los pacientes psicósomáticos la prevalencia existe en los grupos etarios de los 20 a los 50 años, aunque como se puede ver hubo casos que se salieron de éstos rangos pero que no son tan significativos.

Para los pacientes orgánicos crónicos, tenemos una media de 57.7 años de edad, en comparación con los pacientes psicósomáticos que tuvieron una media de 43.9 años de edad ; con una desviación estandar de 11.7 y un rango de 40 para los primeros y una desviación estandar de 14.4 con un rango de 52 para los segundos.

La distribución de los pacientes orgánicos crónicos según el diagnóstico establecido como lo muestra el cuadro número 2, establece que las enfermedades que más se presentaron en éste grupo de pacientes fueron la Diabetes Mellitus y unas de sus complicaciones como la Retinopatía Diabética y el Pié Diabético, seguido de los padecimientos Cardiovasculares como la Hipertensión Arterial Sistémica y las Cardiopatías entre ellas la Isquémica, la Aterosclerosa y la Reumática; y en tercer lugar las Enfermedades Articulares Degenerativas.

La distribución de los pacientes psicósomáticos según el diagnóstico establecido como lo muestra el cuadro número 3, en el que sobresalen dos tipos de diagnósticos en especial; primero

las Neurosis y sus variantes, tales como la Neurosis de Ansiedad, la Neurosis Depresiva y la Psiconeurosis y en segundo término las Patologías Inespecíficas en las que por sus cuadros clínicos tan "bizarros" que presentaban no se podía establecer un diagnóstico nosológico y se clasificaron de éste modo; tales como mastalgias, dolor torácico, hombro doloroso, etc., cuyos diagnósticos fueron más bien sintomatológicos.

Cabría preguntarnos, si realmente este tipo de pacientes a los que se les diagnostica algún padecimiento psicosomático tendrán algún fondo orgánico no descubierto, a pesar de una acuciosa búsqueda, y que fuera el motivo de sus problemas relacionales con el médico.

En los pacientes orgánicos crónicos la respuesta de su alter según la etapa (cuadro número 4) vemos que en la primera etapa todos fueron confirmados, en la segunda etapa 19 de ellos y en la tercera y cuarta etapa sólo 18 de ellos; por lo que concluimos que en éstos pacientes y haciendo un análisis por etapa vemos que 2 de ellos fueron excluidos como confirmados, conforme se fue dando la entrevista clínica. Siendo uno de ellos rechazado a partir de la segunda etapa y otro desconfirmado a partir de la tercera etapa. Cabe recordar que existen un total de 20 eventos de análisis en cada entrevista, 2 en la primera etapa, 2 en la segunda etapa, 14 en la tercera etapa y 2 en la cuarta etapa.

En los pacientes psicosomáticos, la respuesta de su alter según la etapa (cuadro 5) vemos que un porcentaje importante de los pacientes son rechazados y que una tercera parte de los pacientes son confirmados.

En el análisis total de los pacientes según la respuesta del alter (cuadro 6) se observa que en los pacientes orgánicos crónicos se presenta un 90% de confirmación para éstos, mientras que en los pacientes psicósomáticos el porcentaje de rechazos es del 70%, con lo que nuestras hipótesis alternas se confirman y son válidas apoyandonos en las pruebas de significancia estadística de χ^2 (chi cuadrada) que es una prueba inferencial, o no paramétrica y en el cuadro de 2x2 que es un análisis estadístico de casos y controles, en los que se toma como control a los orgánicos crónicos.

Por lo que concluimos que nuestros resultados tienen significancia estadística debido a que tienen un nivel de probabilidad de 0.01 por el método χ^2 y un riesgo atribuible de 22 en el cuadro de 2x2.

Cuadro N° 1

INTERACCION PACIENTE MEDICO: UN ENFOQUE SISTEMICO.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD SEGUN TIPO DE PADECIMIENTO

GRUPOS DE EDAD	PACIENTES ORGANICOS CRONICOS	PACIENTES PSICOSOMATICOS
20 - 29	0	4
30 - 39	2	5
40 - 49	3	4
50 - 59	4	4
60 - 69	7	2
70 - 79	4	1

\bar{X} = 57.7
S = 11.71
R = 40

\bar{X} = 43.9
S = 14.4
R = 53

Fuente: Expediente clínico.

Cuadro N°2

**INTERACCION PACIENTE MEDICO: UN ENFOQUE SISTEMICO.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°2, HERMOSILLO, SON
PACIENTES ORGANICOS CRONICOS
DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO**

D I A G N O S T I C O	Nº	%
DIABETES MELLITUS	10	25.6
ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA	6	15.3
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	5	12.8
ASMA BRONQUIAL	3	7.6
ADENOMA HIPOFISIARIO	1	2.5
CARDIOPATIAS	5	12.8
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	1	2.5
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	1	2.5
ENFERMEDAD GASTROINTESTINALES	5	12.8
INSUFICIENCIA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES	2	5.1

Fuente: Expediente clínico .

Cuadro N° 3

INTERACCION PACIENTE MEDICO: UN ENFOQUE SISTEMICO.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 2, HERMOSILLO, SON.
PACIENTES PSICOSOMATICOS
DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	Nº	%
HIPERTENSION REACCIONAL	6	14.2
NEUROSIS DE ANSIEDAD	6	14.2
NEUROSIS	4	9.5
NEUROSIS DEPRESIVA	3	7.1
PSICONEUROSIS	4	9.5
COLITIS NERVIOSA	3	7.1
INESTABILIDAD EMOCIONAL	3	7.1
MIGRAÑA	1	2.3
GASTRITIS	4	9.5
CEFALEA TENSIONAL	1	2.3
PATOLOGIA INESPECIFICA	7	16.6

Fuente: Expediente clínico.

Cuadro N°4
INTERACCION PACIENTE-MEDICO : UN ENFOQUE SISTEMICO.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°2, HERMOSILLO, SON.
PACIENTES ORGANICOS CRONICOS
RESPUESTA DEL ALTER SEGUN ETAPA.

E T A P A R E S P U E S T A	1º	2º	3º	4º
CONFIRMACION	20	19	18	18
RECHAZO	0	1	1	1
DESCONFIRMACION	0	0	1	1

Fuente: Observación directa.

Cuadro N°5
INTERACCION PACIENTE-MEDICO : UN ENFOQUE SISTEMICO .
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°2, HERMOSILLO, SON.
PACIENTES PSICOSOMATICOS
 RESPUESTA DEL ALTER SEGUN ETAPA .

E T A P A R E S P U E S T A	1ª	2ª	3ª	4ª
CONFIRMACION	6	7	6	6
RECHAZO	14	11	13	14
DESCONFIRMACION	0	2	1	0

Fuente: Observación directa.

Cuadro N° 6

INTERACCION PACIENTE-MEDICO : UN ENFOQUE SISTEMICO.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°2, HERMOSILLO, SON.
PACIENTES ORGANICOS CRONICOS Y PSICOSOMATICOS
RESPUESTA DEL ALTER SEGUN ANALISIS TOTAL.

TIPO DE PADECIMIENTO RESPUESTA	PACIENTES ORGANICOS CRONICOS	PACIENTES PSICOSOMATICOS
CONFIRMACION	18 90 %	6 30 %
RECHAZO	1 5 %	13 65 %
DESCONFIRMACION	1 5 %	1 5 %

Fuente: Observación directa.

C O N C L U S I O N E S

Se comprueba que el paciente orgánico crónico es con - firmado por su alter (médico), debido a que éste presenta una pa tología definida y plenamente conocida por el médico, en la que ambos han definido claramente su relación y por lo que sus inter acciones toman un curso de espontaneidad y fluidez. Mientras que en los pacientes psicósomáticos el nivel de la relación no se -- encuentra claramente definido por lo que se presenta habitualmen te en sus interacciones un rechazo marcado. El enfoque sistémico es una herramienta útil para observar la relación médico pacien te pero es necesario sistematizar y sentar bases para que se rea lizen.

S U G E R E N C I A S

Se recomienda que el análisis de la interacción pacien te-médico desde el enfoque sistémico se lleve a cabo siguiendo - los lineamientos de lo postulado por la Teoría General de Siste mas. Todo estudio abordado con éste enfoque debe de ser realiza do por dos o más investigadores.

Se recomienda que para un estudio más completo de los pacientes psicósomáticos y un manejo adecuado de los mismos, es necesario establecer un equipo terapéutico que se dedique a re-- solver los problemas presentados por éste tipo de pacientes, im plementando un sistema de psicoterapia de apoyo.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ALEGRIA, G.P., Factores que Intervienen en la Relación Médico-Paciente en las Instituciones de Seguridad -- Social. Ed. Boletín Médico, IMSS. 18 (9): 322, 1976 Mex.
- 2.- DATZ, L. La Relación Médico-Paciente. Mecanograma no Publicado, IMSS. 1984, Mex.
- 3.- FERRARA, F.A., Medicina de la Comunidad. Ed. Intermedia Primera Edición, 3, 1972, Buenos Aires Argentina.
- 4.- GUTIERREZ, C.A.J., Aspectos Socioculturales de la Relación Médico-Paciente. Trabajo presentado el 12 de -- Mayo 1984 en el XII Simposium Nacional de Medicina Familiar en Irapuato, Gto.
- 5.- SAN MARTIN, H., Salud y Enfermedad, Salud y Enfermedad-- como Fenómeno Ecológico. Ed. Prensa Médica Mexicana 3a. Ed. Pag. 11, 1975, Mex.
- 6.- LILIENFELD, R., Teoría de Sistemas, Ed. Trillas, 1a.Ed. Pag. 9-37 Marzo 1984, Mex.
- 7.- MARTINEZ, C.F., Consulta Médica y Entrevista Clínica. Cap.II. Los Modelos de Enfermedad. Ed. Medicina del Hombre en su Totalidad. Pag. 17-21, 1982, Mex.
- 8.- WATZLAWICK, P., HELMICK B. y JACKSON, D. Teoría de la-- Comunicación Humana. Ed. Herder. Pag.*21-114, 1981, -- Barcelona, España.
- 9.- NAVARRO, R.J., RODRIGUEZ D.J. Revista de la Facultad de Medicina de México, Sociología Médica, la Relación -- Médico-Paciente, 1980, Méx.