

11226  
201.31



Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto Mexicano del Seguro Social

"FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION  
MEDICO-PACIENTE EN LA UMF. No. 2  
DE PUEBLA, PUE."

# T E S I S

Que para obtener el Grado de  
Especialista en:  
MEDICINA FAMILIAR

presenta

DR. JOSE RAFAEL CASTILLO QUEZADA



*[Handwritten signatures]*

1984 - 1986

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **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.

## INDICE .

1.- Introducción.....	1
2.- Justificación.....	2
3.- Generalidades.....	3
a).-Aspectos psicológicos de la relación médico-paciente.....	6
b).-La relación fragmentada.....	7
c).-Aprendizaje de la relación.....	8
d).-La historia clínica:la relación machote- paciente.....	9
e).-El rol del médico: la relación médico- órgano.....	10
f).-Psicocomunidad: la nueva relación médi- co-paciente.....	10
g).-La medicina socializada: la base de la relación médico-paciente.....	12
4.- Material y método.....	13
5.- Resultados.....	14
6.- Conclusiones.....	36
7.- Resumen.....	37
8.- Bibliografía.....	38

## INTRODUCCION

El proceso de la relación médico-paciente se establece desde el primer contacto entre ambos, y de acuerdo a la estimulación previa, cada individuo participante de dicha relación tendrá una disposición de ánimo que manifestará exteriormente y dependiendo de esta actitud será el resultado de la entrevista.

La relación existente entre el médico y el paciente, contempla un sinnúmero de factores interrelacionados entre si; los cuales en una gran proporción son desconocidos y/o ignorados por los propios personajes que intervienen en dicha cuestión, además de que estos mismos factores han sido frecuentemente desconocidos por las propias autoridades institucionales y en el mejor de los casos se les menciona pero no se les ha dado una solución adecuada a decir de muchos derechohabientes.

No ignoremos por supuesto los gratos comentarios que se hacen diariamente aunque no con la misma intensidad de los avances que en esta materia se han dado.

Dentro de un sistema institucional donde el trato del paciente con el médico está influenciado por un sinnúmero de personal paramédico, no debemos olvidar la importancia de ellos así como los diarios problemas nacionales que pueden en cierto modo intervenir de una u otra forma para la resolución de estos.

Es difícil concebir que los problemas existentes en una relación la cual no sea del agrado de uno ó más participantes, tengan soluciones adecuadas cuando se desconocen los mismos elementos que la componen o se trata de ignorar la importancia de cada uno de ellos dando como resultado una relación mala o en el mejor de los casos mediocre. Peor aún resulta cuando estos factores tienen una solución aceptable al alcance de los propios implicados pero la cual no es llevada a cabo por los responsables de ello persistiendo la mala calidad de la atención al paciente.

## JUSTIFICACION

En nuestra institución el sistema médico familiar, fué creado con sentido amplio de la concepción de lo que deben ser -- las relaciones entre el médico y paciente, sin embargo la pérdida de responsabilidad profesional ha llevado frecuentemente a la profesión a nivel artesanal, con el olvido de los valores éticos de la misma.

La historia de la medicina no puede limitarse a la de los aspectos científicos, institucionales u otras características de la misma, sino que debe incluir la historia del paciente -- en sociedad, la del médico y el paciente.

La relación médico-paciente debe tener un flujo que debe establecerse entre uno y otro; el ir y venir del paciente al médico y de éste al primero; la comunicación verdadera entre ambos y no la actitud prepotente de uno y sumisa o agresiva del otro. La superación de ambos a través del diálogo, sin que haya al final vencedor ni vencido, sino dos seres diferentes y mejores que antes.

El médico se preocupa casi en forma exclusiva por conocer y manejar procesos externos del paciente. Hace una medicina sintomática que trata las manifestaciones visibles de la enfermedad, pero olvida el proceso interno del individuo. Ignora al hombre como tal, su biografía, su angustia, sus deseos íntimos, sus expectativas mas profundas. Trata pues, con lo que el paciente tiene y no con lo que el paciente es.

El médico siente haber perdido su libertad dentro de la medicina institucional, pérdida a la que atribuye las malas relaciones médico-paciente, pero en realidad, las buenas relaciones se conservan si el médico participa plena y activamente en atenderla, ya que el paciente es pasivo receptivo de la misma, y solo se vuelve negativo y no la favorece cuando el -- médico no la propicia.

El diálogo entre el doctor y enfermo es ahora solo una parte del estudio integral del paciente y las instalaciones para

exámenes complementarios de hospital y policlínicas son cada vez mas visitados.

En el ámbito hospitalario como en el consultorio de medicina familiar, debe cuidarse que en él no prive la técnica pura; la medicina debe caracterizarse por la comprensión al ser humano lleno de todas sus imperfecciones y angustias, generadas por los problemas psicológicos, sociales, familiares y económicos, y que el paciente tenga siempre más importancia que la ciencia abstracta.

La calidad técnica de nuestros servicios debe ser irreprochable; pero esto no implica, en modo alguno, el sacrificio del viejo médico familiar, que no puede ser desplazado por ningún especialista. El equipo en medicina, no debe borrar al hombre.

El juez más severo de los médicos es el médico mismo. La mayoría de las censuras que ahora nos hacen, las hemos hecho nosotros mismos, invariablemente; que continuamos haciendolas, con el fin de encontrar mejores caminos y que, en cambio nuestros modernos detractores en nada han contribuido para corregir nuestros errores y mucho menos en la solución de los problemas de salud que aquejan al hombre.

#### GENERALIDADES

La historia de la medicina es en esencia la de la enfermedad y de su protagonista, el médico, ésta olvida muchas veces, que el paciente es el segundo personaje, el cual logra alcanzar un gran papel e incluso, en ocasiones, llegar a sublimarlo hasta merecer el carácter de héroe.(1)

A lo largo de la historia del hombre, el encuentro de un "enfermo" y un "curador" siempre estuvo presente, y dió características especiales a la sociedad en la que se llevó a cabo. En cada uno de estos encuentros siempre toman parte dos personas, el médico y el paciente.(2)

En nuestros tiempos, creamos una serie de instituciones para tratar sistemáticamente cualquier enfermedad que aparece en --

los grupos, estas pueden ser relativamente simples, como en el caso del médico aislado o más complejas como en el caso de un centro médico hospitalario moderno como las unidades de medicina familiar, (1) donde el médico familiar debe ser el primer -- contacto médico del enfermo. (3)

La relación médico-paciente ocurre en cualquier sistema de atención médica, y es el componente más importante de la interrelación entre los usuarios de los servicios de atención médica y el personal de los mismos. De esta relación dependerá en mucho que los objetivos de las instituciones de salud se alcancen; o que por el contrario, los programas de atención médica no cumplan las metas propuestas. (2)

En el año de 1944, en el que se iniciaron los servicios médicos del IMSS, debido a la improvisación de sus instalaciones, por la contratación no tecnificada ni selectiva de todo su personal, por la carencia de políticas y programación, resulta evidente que los problemas de relación médico-paciente no se -- contemplaron ni se previeron. (4)

Once años después de fundados los servicios médicos del IMSS en 1955, se inició la consulta externa bajo un sistema llamado Médico Familiar el cual se sustenta en el cambio de las relaciones médico-paciente a través de adscribir un número determinado de derechohabientes, principalmente por grupos de familias, bajo su responsabilidad, para hacer posible la relación afectiva y de confianza entre el profesional y sus enfermos. (4)

En su parte medular la relación médico-paciente se desarrolla en la consulta en el curso de la cual, aunque sea por unos minutos, el médico dedica atención casi exclusivamente a la vida y problemas de otro ser humano. (2)

El médico no debe perder de vista que el paciente inicia su relación con él aún antes del primer contacto personal. Cuando el paciente lo visita, lo hace llevando ya una imagen del papel del médico y de la forma en que debe manifestarse. El grado en que el médico cumpla con las expectativas puede influir en la forma en que el paciente cumpla con el tratamiento prescrito, e incluso en la dimensión que la personalidad del médi-

co ejerza su efecto terapéutico, dado que, parte de la influencia de ésta última es inespecífica y resultante de su posición de autoridad, poderes de sugerencia e influencia general.(2)

En el libro de los pronósticos y en el tratado de las epidemias, Hipócrates apunta que el médico debe conocer al paciente como individuo, así como todas aquellas eventualidades relevantes de su vida.(5)

Menciona además, "me parece excelente que el médico practique el pronóstico, pues si previamente conoce y declara ante sus pacientes el presente, el pasado y el futuro de sus dolencias, y les habla en detalle de todo cuanto estos han omitido, creerán que es él quien mejor conoce estos casos, de modo que los enfermos se confiarán a él para su tratamiento".(6)

Asimismo, la forma más plena de curar enfermedades, es esa, ser médico de hombres, médico para quien el paciente es un hombre con su carga humana y su problema existencial a cuestas, y la enfermedad, un accidente superpuesto.(7)

Se trata por tanto de un diálogo entre aquel que busca alivio y el que es capaz de darlo, una confianza que el doliente deposita en el médico capaz de curarlo.(8)

La relación buena y armoniosa "equipo de salud-paciente" no es el resultado de la aplicación de fórmulas que puedan enseñarse en un curso diseñado para eso, sino mas bien es un proceso que tiene hondas raíces sociales, un mecanismo que hace al médico solidario con los problemas del enfermo, sea cual sea el nivel cultural, social y educacional de éste, y se adquiere a través del tiempo.(9)

Si bien es cierto no debemos olvidar que desde hace casi 100 años la enseñanza de la medicina en México ha estado orientada hacia la detección y curación de los síntomas, casi en forma exclusiva, con énfasis en el binomio agente tejido; no se enseña a ver hombres, sino manifestaciones patológicas de órganos. Al estudiante se le capacita para interrogar y no para conversar, y nunca se le enseña a conocer las motivaciones internas. En fin, se le instruye en el mejor de los casos para ser un buen técnico de la medicina, un sabio, pero no para conocer ni



para satisfacer las necesidades del enfermo.(10)

No hay duda de que buena parte de los éxitos terapéuticos -- del arte de curar, tanto del hechicero, el chamán, el curandero o el sacerdote, como del moderno profesional, se debe a esa indefinida simpatía emocional establecida entre médico y pa-- ciente, cuyos efectos son en muchas ocasiones, más fundamen-- tales en ciertos aspectos que muchas drogas, posibles de ser ana-- lizadas químicamente y cuya acción farmacológica a veces cono-- cemos con gran precisión.(11)

En el año de 1974 la Jefatura de Planeación y Supervisión Mé-- dica dependiente de la Subdirección General Médica del IMSS, -- llevó a cabo un muy importante y trascendente trabajo, bien -- planeado, con buena metodología y con exposición clara de re-- sultados divididos en dos partes, una referente al personal mé-- dico del IMSS y otra a los derechohabientes del mismo institu-- to.(12)

Esta inquietud también ha surgido a nivel de otras institu-- ciones como la SSA en coordinación con la Facultad de Medicina de la UNAM, realizaron en 1980 un estudio descriptivo acerca -- de las opiniones de 100 usuarios con el fin de conocer sus ac-- titudes hacia el sistema de atención médica existente, encon-- trando un alto nivel de satisfacción con el servicio que se -- les ofrece.(13)

Estudios de la relación médico-paciente, de la conducta de -- los pacientes, y la organización de la práctica médica no son frecuentes en nuestro medio.(2)

#### ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

La crisis de la medicina moderna tiene múltiples manifesta-- ciones. No existe prácticamente acción médica alguna que no -- ponga en evidencia esta crisis. Pero, sobre todos los hechos -- del acontecer médico, hay uno que revela con mayor claridad el trance crítico de la medicina: la relación médico-paciente.

La esencia misma de la medicina gira en torno a la relación con un individuo o con una comunidad, si la medicina no puede

existir sin la existencia previa de pacientes, resulta obvio - que el indicador más fiel de lo que ocurre en la práctica médica se encuentra en relación con los pacientes los cuales son - la razón de ser de la medicina. La relación médico-paciente es la clave de la medicina, por lo tanto el análisis de la crisis de esta relación resulta el más valioso camino para entender - la crisis de la medicina.

### LA RELACION FRAGMENTADA

La fragmentación del hombre contemporáneo, que crea una contradicción artificial entre el mundo interno y mundo externo, se ve reflejada en la relación médico-paciente.

Julio Frenk, ha diseñado un esquema operacional de definiciones que es válido tanto para la relación médico-paciente como para la relación entre sistema de salud colectividad.

Paciente, es aquella persona o colectividad que entra en contacto con el sistema de salud. Esto significa que no todos los pacientes son enfermos ni todos los enfermos son pacientes. Una persona puede entrar en contacto con un médico, y convertir se entonces en paciente, simplemente para hacerse un chequeo. De la misma forma, la comunidad donde se implementa una campaña preventiva no necesariamente está enferma y sin embargo es "paciente" en la medida en que está en contacto con el sistema de salud. Por otra parte hay muchos enfermos que nunca llegan a ver un médico. Esto es particularmente cierto en México, don- de la mitad de la población carece de servicios médicos.

En la actualidad, el sistema de salud y la sociedad se en- -cuentran prácticamente desligados. En la medida en que existe planeación adecuada, el sistema de salud realiza acciones sin tomar en cuenta las necesidades de la sociedad. Por ello cuan- do un hombre parte de la sociedad, entra en contacto con una - parte del sistemä de salud, por ejemplo, un médico, y se con- -vierte así en paciente, la relación que se establece modifica en muy poco a los elementos de la relación: la sociedad y el - sistema de salud, el individuo y el médico, por lo tanto las -

acciones sanitarias no propician la retroalimentación necesaria que iría transformando las necesidades al resolverlas. La relación entre el sistema de salud y la sociedad debe estar basada en necesidades más reales. Esto permitiría no solo una adecuada planeación sino, además, una relación dialéctica entre los dos elementos, lo que propiciaría el progreso de ambos.

La definición de paciente lleva necesariamente a plantear el problema de la definición de médico. ¿Es acaso el médico una persona que ha recibido un título, independientemente de su actitud ante los pacientes y muchas veces incluso de sus conocimientos reales?, ¿Es el médico un ser que sabe exclusivamente llenar recetas?, ¿Es esto auténtica medicina?, ¿Acaso una persona que sabe detectar los problemas de otra y resolverlos no es un médico, por más que sus conocimientos no estén certificados?. Laín Entralgo, afirma que el fundamento genérico de la relación médica radica en la ayuda que un hombre presta al menester de otro, a través del binomio menester-amor.

#### APRENDIZAJE DE LA RELACION

Julio Frenk, menciona que los estudiantes de medicina tienen su primer contacto con un enfermo dentro del marco de una relación de explotación. Cuando el alumno cursa la materia de Introducción a la clínica, sabe muy poco de terapéutica y por tanto no puede hacer nada desde el punto de vista técnico por el enfermo. Sin embargo, se le obliga a realizar un cierto número de historias clínicas a pacientes hospitalizados como un requisito indispensable para aprobar el curso. Se dice que un requisito, tiene la finalidad de entrenarlo para el interrogatorio y la recopilación de datos clínicos. Lo que en realidad se hace es crearle una actitud que, por presentarse precisamente en un momento crucial de su educación, habrá de caracterizarlo durante toda su vida. El alumno hace la historia clínica no para acompañar o ayudar al enfermo, sino para satisfacer una necesidad propia: la de obtener una buena calificación. En lo sucesivo habrá de repetir este esquema: si está en el con--

sultorio privado, se valdrá del paciente para satisfacer sus necesidades de dinero y de prestigio; si se encuentra en una institución, lo hará para satisfacer sus necesidades de cumplir con una cantidad de trabajo o de ganarse también un prestigio profesional. El enfermo y sus necesidades no existen para el futuro médico. Desde ese momento se le ha enseñado que lo único que cuenta es que complazca a su maestro para que éste le dé una buena nota.

Más aún, como el estudiante sabe todavía muy poco de medicina, trata de cubrir su natural ignorancia con una actitud de omnisapiencia y de despotismo. Dirige sus interrogatorios en forma policiaca; elude cualquier pregunta del paciente que pueda poner de manifiesto su falta de conocimientos; se adorna con los blancos uniformes y modernos estetoscopios; levanta, en fin, una barrera infranqueable a efecto de que el paciente no descubra su carácter de neófito.

Sin duda sería mucho mejor que el estudiante se formara desde el principio una actitud de servicio al paciente.

#### LA HISTORIA CLINICA: LA RELACION MACHOTE-PACIENTE

En pocas instancias como en la elaboración de una historia clínica se revela tan claramente el manejo exclusivo de la exterioridad del paciente a través de la comunicación vertical.

Por lo común, el médico realiza la historia clínica de acuerdo a un esquema previo que ha tenido que memorizar en la escuela. El uso de la secuencia preestablecida e impuesta impide la relación interpersonal. En no pocas ocasiones, el machote de la historia clínica se erige como una defensa intelectual para evitar la relación y los efectos con el paciente.

En las historias clínicas se habla de interrogatorio, nunca de diálogo, el cual puede ser necesario y útil para aclarar ciertos detalles. Pero el usarlo como método central de la anamnesis clínica lo convierte en un instrumento por el cual el médico ignora las necesidades reales de su paciente. Al no permitir un diálogo abierto, el médico pierde una gran cantidad

de datos valiosos, lo que redundará en una pobreza terapéutica. No podrá conocer el verdadero estímulo ianotrópico, ni las motivaciones de su paciente, ni su forma de vida. Y una cosa es cierta: no se puede curar a quien no se conoce.

#### EL ROL DEL MEDICO: LA RELACION MEDICO-ORGANO

Todas las consideraciones conducen a una conclusión lógica: el médico se ha vuelto una figura de poder autoritario.

El médico ejerce el poder mediante una 'parafernalia de prepotencia: bata blanca, consultorio moderno, diplomas, etc. Y sobre todo ello, los aparatos como garantía de una autoridad sobrehumana.

Por otra parte, una de las manifestaciones de la crisis de la medicina contemporánea es la tendencia a la superespecialización. Lo mismo los médicos entrenados en el extranjero que los educados en México, la cual constituye un transplante más de modelos que han funcionado en países más desarrollados que el nuestro. Es obvio que este modelo se encuentra en franca contradicción con las necesidades de salud de nuestro pueblo.

Esta contradicción se refleja no sólo en el derroche de recursos, que tiende a empeorar las condiciones de salud del pueblo y por tanto a cerrar un círculo vicioso, sino también en la fragmentación de la relación médico-paciente. Los comités de "Acción Santé, grupo francés de estudio sobre la realidad médica, han señalado que "...el objeto de interés para el médico no es el individuo enfermo, sino uno de sus objetos parciales (ígado, útero, etc)."

De la relación máquina-paciente se pasa indistintamente a la relación médico-órgano. En la medicina actual, cada vez es más rara la relación médico-paciente.

#### PSICOCOMUNIDAD: LA NUEVA RELACION MEDICO-PACIENTE

De las varias proposiciones que han surgido para lograr una

nueva práctica de la medicina, hay una que destaca, llamada el Modelo de Psicocomunidad la cual implica, por una parte, el diseño de una nueva metodología que integra al psicoanálisis con el estudio y el desarrollo sociales. Por otra parte, Psicocomunidad es un nuevo modelo para la enseñanza superior que implica la realización del compromiso universitario con la sociedad desde el momento mismo en que el estudiante comienza su carrera. Este modelo para la enseñanza ha sido llevado ya a la práctica en el terreno de la educación médica, el cual se basa en varias concepciones novedosas sobre lo que debe ser el sitio y la técnica de aprendizaje.

El proceso educativo se realiza en una comunidad, donde el - estudiante puede ofrecer un servicio desde el principio, cuando aún cuenta con escasos conocimientos técnicos. El alumno -- puede saber muy poco de medicina, pero ya es capaz de otorgar un servicio en cosas que para una comunidad marginada despro-- vista de todo, resultan muy importantes. El estudiante así, aprende a servir a la comunidad para satisfacer las necesidades de ella y no servirse de la comunidad para resolver sus pro--- pias necesidades.

En segundo lugar, el aprendizaje de la teoría se realiza en un proceso inverso a lo tradicional.

En Psicocomunidad, parte del hecho demostrado de que el estudiente aprende la teoría con más facilidad si la adquisición - de una pieza de información responde a una necesidad real surgida de una experiencia práctica no comprendida. Así el alumno se enfrenta primero a la realidad. El hecho de no comprender una experiencia práctica lo motiva para estudiar la teoría que le permita esa comprensión. Como futuro médico está conciente de que al enfrentarse a la realidad, es decir, con el paciente o con la comunidad, encontrará muchas cosas que de momento no entiende, nunca impone una actitud de omnisapiencia para encu-- brir su ignorancia. El estudiante acepta que no sabe algo y deriva justamente esa aceptación la motivación para estudiar y aprender.

En tercer lugar, se sabe que el estudiante necesita únicamen

te un coeficiente basal normal para aprender. Por encima de esto son razones afectivas y no intelectuales las que le impulsan a aprender. Estas razones afectivas pueden ser la filiación a un grupo no competitivo sino de cooperación y la formación de vínculos afectivos genuinos con un tutor que no se limita a proporcionar información, sino además sirve de modelo de rol en el aprendizaje. El tutor no es anónimo profesor de la educación médica tradicional, sino un auténtico amigo del alumno, que además tiene él mismo un compromiso de servicio con la comunidad.

#### LA MEDICINA SOCIALIZADA: LA BASE DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

La crisis de la medicina y su reflejo más claro: la crisis de la relación médico-paciente, no son un producto del azar. Surgen como resultado de una crisis social más general. Es en este marco social donde se inscribe la atención médica y, por ende, la relación médico-paciente. Así presenciamos por una parte un ejercicio liberal de la medicina, que tiene una orientación fundamentalmente mercantilista basada en la venta de los servicios del médico a quien pueda pagarlos. Por otra parte nos encontramos con una medicina institucional burocratizada cuya meta última es la reintegración del obrero enfermo a la productividad.

Estos tipos de ejercicio médico son los que condicionan los rasgos negativos de la relación con el paciente.

Por ello la transformación de la relación médico-paciente no puede emprenderse como una acción aislada. Debe inscribirse dentro de un cambio general de la organización y del sentido de la atención médica. Este cambio deberá conducir necesariamente a la medicina socializada, una medicina que haga realidad el derecho de todos los habitantes a la salud, pero que no por ello se deshumanice. La medicina socializada en una necesidad en un país donde el 50 % de la población carece de los servicios médicos. Sólo en un sistema socializado de la medicina será posible realizar el modelo de auténtica realización médi-

co-paciente. Solo así será posible atender en forma integral y humanística a todos los seres humanos de nuestro país.,

Todo ello obliga a replantear la función del médico. El médico debe ser ante todo una persona capaz de acompañar y de promover un desarrollo permanente del individuo y de la sociedad. Este es el verdadero compromiso del médico. Solo entonces la medicina será auténtica medicina, una medicina socializada y humanista. Solo entonces la relación máquina-paciente será derrotada por la auténtica relación médico-paciente. (14)(15)

#### MATERIAL Y METODO

Se efectuó un estudio transversal, prospectivo, observacional y comparativo con la finalidad de determinar cuales son los factores que alteran la relación médico-paciente en 20 consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 de Puebla, Pue., diez de los cuales tienen un promedio de 10 ó más consultas habituales por turno y los otros diez con 9 ó menos consultas habituales por turno, para lo cual se efectuó una encuesta a través de un cuestionario a 25 pacientes de cada consultorio seleccionado, dándonos un total de 500 derechohabientes. Dicho cuestionario constó de 20 preguntas todas ellas relacionadas con aspectos referentes a la relación con su médico. Cada pregunta contenía 4 opciones de respuesta indicando previamente a cada encuestado el significado de las mismas de la siguiente manera:

- a).- Siempre, cuando su respuesta fuere el 100 % de las veces.
- b).- Casi siempre, cuando varió de 51 a 99 % de las veces.
- c).- Ocasionalmente, cuando varió de 1 a 50 % de las veces.
- d).- Nunca, que equivale al 0 % de las veces.

Además cada cuestionario contenía una ficha de identificación con los siguientes datos: edad, sexo, escolaridad, tipo de seguro y ocupación.

Se incluyeron derechohabientes que se encontraban en las salas de espera de la unidad, con edades que fluctuaban entre 15 y 60 años, que hubiesen asistido en 3 ocasiones como mínimo a



La consulta con su médico familiar, sin distinción de sexos, escolaridad, tipo de seguro y ocupación.

Se excluyeron pacientes que acudían por primera o segunda ocasión, menores de 15 años y mayores de 60, trabajadores del IMSS, los que tenían parentesco con su médico familiar así como terceras personas.

También se diseñó un cuestionario específico para los médicos familiares adscritos a los consultorios seleccionados que constó de 17 preguntas que engloban factores directos que pueden alterar la relación médico-paciente, con las mismas cuatro opciones de respuesta cada una de las preguntas y el significado de cada una de ellas, similar a las que se aplicaron a los derechohabientes. Incluyó además una pregunta de opción libre para que mencionara a su juicio otros factores que alteran la relación médico-paciente.

Al cuestionario se le anexó una ficha de identificación con los siguientes datos: edad, sexo, antigüedad como médico familiar; si cursó ó no residencia de medicina familiar y si cursó otra especialidad, que lo especificara.

Se excluyó a los médicos familiares cubrevacaciones y suplentes.

El método estadístico empleado fué la  $X^2$ , con un nivel de significancia de 0.05.

## RESULTADOS

A continuación presentamos los resultados obtenidos de los distintos parámetros encontrados en los 500 derechohabientes encuestados de los cuales, el grupo A está formado por pacientes adscritos a consultorios con 10 ó más consultas habituales por turno y el grupo B, por pacientes adscritos a consultorios con 9 ó menos consultas habituales por turno.

Se puede observar en el cuadro No. 1 que el grupo de edad que fué entrevistado en mayor número correspondió a los de 25 a 29 años de edad con un 20 % del total, asimismo el grupo con menor frecuencia fué el de 50 a 54 años de edad con un 5.4 % del to--

tal, que equivalen a 27 pacientes. Cabe mencionar que no representan cifras demostrativas del total de pacientes que acuden a la unidad, ya que no se tomaron en cuenta a los menores de 15 y mayores de 60 años de edad.

El segundo cuadro, muestra la distribución de sexos con predominio del femenino con 65.4 % sobre el sexo masculino de 34.6 %, sin diferencias importantes entre ambos grupos de pacientes. Cabe mencionar que no en pocas ocasiones son las madres las que acompañan al consultorio a los hijos, lo cual influye en el resultado del grupo encuestado.

La distribución de acuerdo al grado de escolaridad de los encuestados se aprecia en el cuadro No. 3, donde hay un predominio del grupo que solo concluyó sus estudios primarios en un 37.6 %, en segundo lugar el grupo que cursó secundaria ó comercio con 28.8 % de los casos, y el tercero, el grupo que solo tiene estudios de primaria incompletos. El último lugar lo ocupan con 2.4 % los analfabetas que cooperaron en esta encuesta haciéndolo con sumo cuidado a través del encuestador sin influir en su opinión para el resultado.

Durante las entrevistas se observó un mayor número de individuos pertenecientes a este grupo los cuales por su misma condición no aceptaron ser encuestados, concluyendo que esta cifra no es una muestra real de la población total que acude a recibir el servicio a la unidad, sino una cifra mayor que la mencionada.

De acuerdo al tipo de ocupación de los encuestados representados en el cuadro No. 4, se observó el predominio de las amas de casa con un 48 % del total, cifra que está en relación al cuadro No. 2 en donde se menciona su calidad de acompañante de los pacientes, la mayoría de las veces sus hijos. El grupo de menor incidencia fueron los pensionados con 1.0 %.

El cuadro No. 5 representa la distribución de acuerdo al tipo de seguro empleado por el derechohabiente, se observó que el grupo de los asegurados representó un promedio del 55 % en comparación al 45 % de los beneficiarios, lo que puede explicarse en base a que muchos estudiantes también asegurados -

son empleados que laboran en diferentes actividades, también los hubo con seguro facultativo a los que se les incluyó en este grupo, explicando así la diferencia del 7 % aparente.

A continuación se describe la forma en que contestaron al cuestionario las 500 personas entrevistadas.

El cuadro No. 6 corresponde a las respuestas obtenidas en la primera pregunta del cuestionario para pacientes, donde se pregunta si solicitan consulta fuera de horario, las cuales en sus dos primeras columnas de izquierda a derecha representan los datos obtenidos de pacientes adscritos a consultorios del grupo A, las 3a. y 4a. columnas, datos de los pacientes adscritos a consultorios del grupo B, las 5a. y 6a. columnas representan los totales en frecuencia y porcentaje respectivamente, siguiendo el mismo procedimiento para las 19 preguntas restantes.

En relación a las respuestas obtenidas en dicho cuadro, se aprecia que el 56.8 % de ambos grupos contestó negativamente acerca de la solicitud de consulta fuera de horario, el grupo B contestó afirmativo con 4.8 % en relación al 10.0 % del grupo A, obteniendo una  $X^2$  de 7.2 y una P (-) 0.05.

El cuadro No. 7 representa las respuestas acerca de si el paciente acude a sus citas, el 79 % del total contestó afirmativamente, no habiendo diferencias importantes en el porcentaje de ambos grupos con 82.0 % y 76.0 % para los grupos A y B respectivamente, con una  $X^2$  de 0.004 y P (+) 0.05.

Acerca de la puntualidad con que los pacientes acuden a sus citas detallada en el cuadro No. 8, se apreció que el 77.2 % de los pacientes de ambos grupos contestó afirmativamente, el grupo A 78.8 %, y el grupo B 75.6 %, con el 5.6 % de respuestas negativas en el grupo A en comparación al 3 % del grupo B, con una  $X^2$  de 0.26 y una P (-) 0.05.

El cuadro No. 9 muestra datos sobre el buen trato que reciben los pacientes por parte de las asistentes de los consultorios, donde el 56.8 % contestó afirmativamente sin existir diferencias importantes en los grupos A y B, con una  $X^2$  de 0.61 y P (+) 0.05.

En cuanto a la confianza que inspira el médico a los pacientes la cual se detalla en el cuadro No. 10, el 70.4 % opinó en forma afirmativa, obteniendo una  $X^2$  de 4.67, con una P (-) 0.05.

Acerca del buen trato del médico al paciente, el 79.8 % de las respuestas fueron afirmativas, sin diferencias significativas entre A y B, con una  $X^2$  de 0.42 y una P (+) 0.42. (ver cuadro No. 11).

El cuadro No. 12 muestra las respuestas acerca del interés - mostrado del médico hacia el paciente donde el 61.2 % contestó en forma afirmativa, lo que muestra una buena opinión de los - pacientes hacia el médico. Se presentó una  $X^2$  de 0.22 y una P (-) 0.05.

Sobre la solución que el médico sugiere a los problemas de - los pacientes, estos opinan que siempre en el 54.2 % de los casos totales, con porcentajes similares en ambos grupos, obteniendo una  $X^2$  de 0.68 y P (-) 0.05. (Ver cuadro No. 13).

El médico cita a la familia para la resolución de los problemas de la misma, la respuesta fué negativa en un 61.4 % del total con 56.8 % del grupo A y 66.0 % para el grupo B, obteniendo una  $X^2$  de 0.21 y P (-) 0.05 (Ver cuadro No. 14)

El médico responde a las dudas de sus pacientes con terminología sencilla en un 49.4 % de los casos totales, con un promedio en el grupo A de 54.0 % contra 44.8 % en el grupo B; una  $X^2$  de 0.46 y P (+) 0.05. ( Ver cuadro No. 15)

El cuadro No. 16 detalla las respuestas acerca de si el médico explora al paciente cuando este acude a consulta, contestando afirmativamente en un 53.2 % de los casos al grupo A en relación a un 42.8 % al grupo B, los que hacen un total de 48.0 %, obteniendo una  $X^2$  de 0.04 con P (+) 0.05.

El cuadro No. 17 nos dice que el médico le explica al paciente el procedimiento de la exploración en un 50.0 % de los casos al grupo A, 40.4 % al grupo B y en total al 45.2 % de los encuestados, con una  $X^2$  de 0.15 y P (-) 0.05.

El cuadro No. 18 indica que el paciente recibe indicaciones de la administración de los medicamentos prescritos por parte

del médico familiar en un 78.0 % del total de los cuales al -- grupo A corresponden un 76.4 % y al grupo B un 77.2 %, obteniendo una  $X^2$  de 0.01 y una P (+) 0.05.

En cuadro No. 19 nos muestra datos acerca de las ocasiones -- que los pacientes reciben orientación higiénico preventiva acerca de diversas enfermedades, apreciando un 54.4 % de los casos en el grupo A y un 44.8% a los del grupo B, con un total -- de 49.6 %, obteniendo una  $X^2$  de 2.14 y P (+) 0.05.

El cuadro No. 20 nos muestra opiniones acerca de las veces que se les proporciona orientación acerca de los programas preventivos a nivel institucional, dando como resultados un 25.2 % al grupo B y un 30.8 % al grupo A, con un 28.0 % de los casos totales. Esto aunque solo representa una parte de las versiones de este trabajo, nos dá un reflejo del porqué de las metas incumplidas dentro de la institución en cuanto a medicina preventiva representa, obteniendo una  $X^2$  de 1.65 y P (+) 0.05.

Sobre el tratamiento cumplido por parte del paciente una vez prescrito por su médico familiar, descritos en el cuadro No. -- 21, encontramos que el 67.6 % del grupo A aceptó llevarlo a ca -- bo, el 68.4 % en el grupo B, con un total de 68.0 %, cifra que puede explicar probablemente malos diagnósticos, mala terapéutica, dudas no aclaradas, etc., presentó una  $X^2$  de 0.016 y una P (+) 0.05.

Los pacientes aceptaron haber recibido tratamiento familiar por parte de su médico en un 33.6 % los del grupo A y 20.4 % el grupo B, con un total de 27.0 %, se obtuvo una  $X^2$  de 12.34 y una P (-) 0.05. Todo detallado en el cuadro No. 22.

Los pacientes terminan su tratamiento antes de una visita -- por el mismo motivo al médico familiar en un 60.8 % de los casos el grupo A y 60.8 % en el grupo B, con un total del 60.8 % dándonos una  $X^2$  de 12.13 y P (-) 0.05, detallado en el cuadro No. 23.

El 41.6% de los pacientes del grupo A aceptó haber cumplido el tratamiento familiar prescrito, asimismo el 30.4 % de los -- pacientes del grupo B que juntos forman el 36.0 % del total, una  $X^2$  de 6.56 y P (-) 0.05. Véase cuadro No. 24.

El cuadro No. 25 muestra los datos obtenidos acerca de la satisfacción que los pacientes tienen del servicio que se les proporciona en el consultorio de Medicina Familiar siendo un total de 53.0 % de los cuales el grupo A correspondió un 56.8 % y un 49.2 % para el grupo B, obteniendo una  $X^2$  de 0.98 y P (+) 0.05.

Los médicos familiares adscritos a los consultorios con 10 ó más consultas habituales en promedio por turno se les reunió en el grupo A y a los médicos familiares adscritos a los consultorios con un promedio de consulta habitual por turno de 9 ó menos, en el grupo B.

Los datos obtenidos a través del cuestionario aplicado a los médicos familiares son los siguientes:

De acuerdo a la distribución por grupos de edades; se presentó el mayor porcentaje dentro de ambos grupos en un 30 % en el grupo de edad de 40 a los 44 años y el porcentaje menor en el grupo de 50 a 54 y 55 a 60 años de edad, con un 10 % cada uno de ellos.

De acuerdo al sexo, se obtuvo en el grupo A, 40 % del sexo masculino y 60 % del sexo femenino en comparación al grupo B con 30 % del sexo masculino y 70 % del sexo femenino, dando un total del 35 % para el sexo masculino y 65 % para el sexo femenino.

Los médicos familiares tienen una antigüedad dentro de la institución como sigue: el grupo A de 6 a 10 años, con 50 %, de 11 a 15 años un 30 %, de 16 a 20 años un 10 %, y de 21 a 25 años solo el 10 %, en relación al grupo B que presentó en el primer grupo mencionado un 0 %, en segundo 80 %, el tercero 10 % al igual que el grupo de 21 a 25 años con 10 %, predominando en ambos grupos los que tienen una antigüedad de 11 a 15 años en el 55 %, lo cual representa la mayoría de los médicos entrevistados los cuales son adultos jóvenes como se menciona en el primer párrafo.

Sabemos que en nuestro país la especialidad de Medicina Familiar es relativamente joven, aún así en nuestra unidad, el 40 % del grupo A en relación al 30 % del grupo B, son médicos familiares que efectuaron estudios de residencia de medicina fa-

miliar y los que no la efectuaron son 60 % del grupo A contra 70 % del grupo B , dando un total de 35 % para el grupo A y 65 % para el grupo B, lo que demuestra que aún hay muchos médicos familiares que por diversas razones se mantienen dentro del sistema no siendo desplazados totalmente por el residente de medicina familiar.

De acuerdo a la pregunta referente a si otorgan consultas a personas que la solicitan fuera del horario establecido, el 60 % del grupo la otorga "casi siempre" y el 70 % del grupo B también.

Sobre si trata a sus pacientes con cortesía y respeto, opinó el grupo A el 60 % en forma afirmativa en relación al 82.8 % de la misma opinión de los pacientes, y el grupo B en forma afirmativa en un 90 % de los casos en comparación al 79.8 % en opinión de sus pacientes.

Acerca de si muestra interés en los problemas de sus pacientes, la respuesta del grupo A fué "siempre" con un 60 % en relación al 59.2 % según sus propios pacientes.

El médico familiar responde que les sugiere solución a sus problemas en un 50 % el grupo A y 53.2 % según sus pacientes, el grupo B con 60 % los médicos y 55.2 % los pacientes. Realmente los porcentajes no tienen mucha diferencia salvo que los pacientes también opinaron en forma negativa en un 9.6 % el grupo A y en 14.8 % los del grupo B en relación al 0 % en opinión de los médicos.

Los médicos citan a otro(s) miembro(s) de la familia para la solución de los problemas existentes en el 60 % "casi siempre" los del grupo A y 54.0 % "siempre" en opinión de los pacientes contra 70 % del grupo B y 49.4 % en opinión de los pacientes del segundo grupo.

Les proporciona explicación con términos sencillos a sus dudas en el 100 % de los casos el grupo A contra 22.4 % en opinión de sus pacientes y 100 % del grupo B contra 12.4 % en opinión de sus pacientes.

Los explora cuando acuden a consulta en el 70 % el grupo A contra el 53.2 % según sus pacientes y en el 100 % el grupo B -

contra el 42.8 % en opinión de sus pacientes.

Al explorarlo le explica el procedimiento que efectuará en un 60 % "casi siempre" el grupo A y en opinión de los pacientes solo el 50 % de las veces, el grupo B opinó que el 90 % de las veces contra el 40.4 % en opinión de sus pacientes.

Les explica la forma de tomar sus medicamentos en el 90 % de las veces según los médicos y 78 % según los pacientes del grupo A en contra del 100.0 % del grupo B en relación al 44.8 % en contra opinado de sus pacientes.

Se les proporciona orientación higiénico preventiva acerca de diversas enfermedades en el 50 %, casi acorde con la opinión de los pacientes adscritos a esos consultorios en el grupo A en el que los médicos opinaron un 54.4 % y al 70 % los del grupo B contra una opinión de sus pacientes del 44.8 % .

El médico familiar les orienta acerca de los programas preventivos del INSS en el 40 % de las veces y una opinión de 30.8 % según sus pacientes en el grupo A, con un 50 % según los médicos del grupo B contra el 25.2 % en opinión de sus pacientes.

Los problemas del médico con las autoridades repercuten en forma ocasional ( 40 % ) en su relación con el paciente y un "nunca" en el 60 %, "ocasionalmente" en un 10 %, "nunca" en un 90 % en el grupo B.

Los problemas personales de los médicos del grupo A repercuten en la relación médico-paciente, "ocasionalmente" en un 20 % de ellos contra un 80 % que opinó "nunca" en el grupo A, y, "nunca" en el grupo B en un 100 % de las veces.

El grupo total de médicos familiares utiliza todos los recursos de diagnóstico con qué se cuenta en la UMF antes de derivar al paciente a un segundo nivel en un 60 % los del grupo A y en 60 % los del grupo B. Ambos grupos opinaron que "casi siempre" en un 40 % de los casos, lo que puede explicarse por la premura del tiempo en algunos casos, por la insistencia de los pacientes en otros, sin olvidar también las ocasiones que se derivan sin un buen estudio a otras unidades o con estudios nulos.

Durante su preparación profesional el médico ha recibido adiestramiento en la relación médico-paciente en un 70 % el gru



po A y en un 50 % del grupo B, dando un total de "si" en el 60 % y un "no" el 40 % de los casos, siendo esto importante en relación al tema investigado, pues como se mencionó en párrafos iniciales, la mayoría de los médicos la obtiene por contacto -- propio al paso de los años sin supervisión alguna. .

Cuando les solicitan consulta domiciliaria el médico acude -- "siempre" en un 90 % de los casos del grupo A y un 70 % de los casos del grupo B, siendo esto un factor importante ya que el - paciente algunas ocasiones toma esto como argumento indicador - de sus relaciones con el médico.

Al final del cuestionario se les pidió a los médicos familiares anotar su opinión sobre otros factores que alteran la relación médico-paciente;obteniendo por grupos los siguientes datos:

#### Grupo A

Nivel sociocultural del paciente, tiempo promedio de consulta, exceso de consulta, omisión de la tribuna libre del paciente, - malos hábitos higiénicos del paciente, negligencia en las citas negligencias en las indicaciones médico farmacéuticas, ignorancia del sistema de salud, revanchismo social, trato malo en ser vicios paramédicos, múltiples programas institucionales que cubrir, la falta de confianza de los derechohabientes hacia las - indicaciones médicas, la falta de educación médica de los pa--- cientes, problemas familiares, cónyugales, económicos, tensiones les, los institucionales como: de archivo, asistente médico, de los auxiliares de diagnóstico (laboratorio y gabinete)y medicina preventiva.

#### Grupo B

Pacientes que exigen atención rápida sin ameritarlo, personal paramédico nicivo, asistente médica con mal carácter, personal de otras áreas que predispone negativamente al paciente, falta de conocimiento sobre el horario de adscripción, analfabetismo del paciente, educación social, higiene del paciente, nivel so cioeconómico que impide apoyar las indicaciones higiénico.dietéticas, exceso de consultas, burocratismo, no estímulos de las autoridades hacia el médico familiar.

Otros pacientes nos anotaron en la parte final del cuestiona-

rio diversas opiniones como: deberían de cambiar el sistema de algunos consultorios intercalando los pacientes citados previamente con los que solicitan su consulta en forma ordinaria para hacer mas equitativo su acceso a la consulta, que los médicos no inicien su trabajo a la hora establecida, ocurren cambios frecuentes de consultorios y horarios sin consentimiento previo de los derechohabientes, que las autoridades deben fomentar el humanismo en los médicos y que debe hacerse esta investigación en todos los consultorios de la unidad en forma periódica.

También se observó que algunos pacientes no aceptaron cooperar a la realización de este estudio y sin embargo quieren que se mejore la atención en los consultorios sin su cooperación.

En el caso de los médicos familiares, hubo buena disposición para el desarrollo de este trabajo, ( excepto un solo caso en el cual el médico familiar no aceptó cooperar ) proporcionándoles a la mayoría de ellos los resultados de las opiniones vertidas por sus pacientes, con la finalidad de que las conozcan y modifiquen.

Cuadro No. 1  
FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO PACIENTE

Edad en años	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-19	19	7.6	24	9.6	43	8.6
20-24	42	16.8	38	15.2	80	16.0
25-29	44	17.6	56	22.4	100	20.0
30-34	40	16.0	30	12.0	70	14.0
35-39	30	12.0	27	10.8	57	11.4
40-44	22	8.8	24	9.6	46	9.2
45-49	22	8.8	26	10.4	48	9.6
50-54	15	6.0	12	4.8	27	5.4
55-60	16	6.4	13	5.2	29	5.8
	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 2

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Distribución por sexos

Sexo	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	87	34.8	86	34.4	173	34.6
Femenino	163	65.2	164	65.6	327	65.4
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica

Cuadro No. 3

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Distribución de acuerdo al grado de escolaridad

Escolaridad	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Analfabeta	6	2.4	6	2.4	12	2.4
Prim. inc.	40	16.0	32	12.8	72	14.4
Primaria	88	35.2	100	40.0	188	37.6
Sec.o com.	66	26.4	78	31.2	144	28.8
Bach: Téc.	33	13.2	17	6.8	50	10.0
Lic.	17	6.8	17	6.8	34	6.8
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica

Cuadro No. 4  
FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Distribución por ocupación

Ocupación	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ama de casa	132	52.8	108	43.2	240	48.0
Estudiante	13	5.2	7	2.8	20	4.0
Oficios	22	8.8	24	9.6	46	9.2
Obreros	37	14.8	40	16.0	77	15.4
Empleados	34	13.6	61	24.4	95	19.0
Profesionista	10	4.0	7	2.8	17	3.4
Pensionados	2	.8	3	1.2	5	1.0
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta especifica.

Cuadro No. 5

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Distribución por tipo de seguro

Tipo de seguro	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Asegurado	146	58.4	129	51.6	275	55
Beneficiario	104	41.6	121	48.4	225	45
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta especifica.

Cuadro No. 6

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Solicitud de consulta fuera de horario

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	25	10.0	12	4.8	37	7.4
Casi siempre	7	2.8	8	3.2	15	3.0
Ocasionalmente	71	28.4	93	37.2	164	32.8
Nunca	147	58.8	137	54.8	284	56.8
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 7

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Acude a sus citas.

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	205	82.0	190	76.0	395	79.0
Casi siempre	21	8.4	37	14.8	58	11.6
Ocasionalmente	14	5.6	17	6.8	31	6.2
Nunca	10	4.0	6	2.4	16	3.2
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 8

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Puntualidad de asistencia a citas

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	197	78.8	189	75.6	386	77.2
Casi siempre	39	15.6	55	22.0	94	18.8
Ocasionalmente	10	4.0	3	1.2	13	2.6
Nunca	14	5.6	3	1.2	17	3.4
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 9

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Buen trato de la asistente médica

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	143	57.2	141	56.4	284	56.8
Casi siempre	65	26.0	56	22.4	121	24.2
Ocasionalmente	28	11.2	44	17.6	72	14.4
Nunca	14	5.6	9	3.6	23	4.6
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 10

## FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

## Confianza que inspira su médico

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	190	76.0	162	64.8	352	70.4
Casi siempre	33	13.2	38	15.2	71	14.2
Ocasionalmente	18	7.2	36	14.4	54	10.8
Nunca	9	3.6	14	5.6	23	4.6
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 11

## FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

## Buen trato del médico al paciente

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	207	82.8	192	76.8	399	79.8
Casi siempre	28	11.2	33	13.2	61	12.2
Ocasionalmente	9	3.6	22	8.8	31	6.2
Nunca	6	2.4	3	1.2	9	1.8
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 12

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Interés del médico por el paciente

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	158	63.2	148	59.2	306	61.2
Casi siempre	58	23.2	61	24.4	119	23.8
Ocasionalmente	23	9.2	26	10.4	49	9.8
Nunca	11	4.4	15	6.0	26	5.2
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 13

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Sugiere el médico solución a los problemas

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	133	53.2	138	55.2	271	54.2
Casi siempre	55	22.0	39	15.6	94	18.8
Ocasionalmente	38	15.2	36	14.4	74	14.8
Nunca	24	9.6	37	14.8	61	12.2
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.



Cuadro No. 14

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Cita a la familia para resolver sus problemas

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	56	22.4	31	12.4	87	17.4
Casi siempre	20	8.0	29	11.6	49	9.8
Ocasionalmente	32	12.8	25	10.0	57	11.4
Nunca	142	56.8	165	66.0	307	61.4
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 15

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Le explica sus dudas

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	135	54.0	112	44.8	247	49.4
Casi siempre	41	16.4	55	22.0	96	19.2
Ocasionalmente	49	19.6	52	20.8	101	20.2
Nunca	25	10.0	31	12.4	56	11.2
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 16

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Lo explora

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	133	53.2	107	42.8	240	48.0
Casi siempre	50	20.0	73	29.2	123	24.6
Ocasionalmente	53	21.2	55	22.0	108	21.6
Nunca	14	5.6	15	6.0	29	5.8
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta especifica.

Cuadro No. 17

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Cuando lo explora le explica el procedimiento

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	125	50.0	101	40.4	226	45.2
Casi siempre	47	18.8	44	17.6	91	18.2
Ocasionalmente	35	14.0	44	17.6	79	15.8
Nunca	43	17.2	61	24.4	104	20.8
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta especifica.

Cuadro No. 18

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Le indica como tomar sus medicamentos

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	195	78.0	191	76.4	386	77.2
Casi siempre	33	13.2	39	15.6	72	14.4
Ocasionalmente	9	3.6	17	6.8	26	5.2
Nunca	13	5.2	3	1.2	16	3.2
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 19

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Le proporciona orientación higiénico preventiva

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	136	54.4	112	44.8	248	49.6
Casi siempre	32	12.8	37	14.8	69	13.8
Ocasionalmente	27	10.8	53	21.2	80	16.0
Nunca	55	22.0	48	19.2	103	20.6
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 20

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Orientación acerca de los programas del IMSS:

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	77	30.8	63	25.2	140	28.0
Casi siempre	25	10.0	26	10.4	52	10.2
Ocasionalmente	35	14.0	45	18.0	80	16.0
Nunca	113	45.2	116	46.8	229	45.8
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 21

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Cumplimiento del tratamiento

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	169	67.6	171	68.4	340	68.0
Casi siempre	71	28.4	67	26.8	138	27.6
Ocasionalmente	6	2.4	12	4.8	18	3.6
Nunca	4	1.6	0	0.0	4	0.8
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 22

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Le proporciona tratamiento familiar

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	84	33.6	51	20.4	135	27.0
Casi siempre	21	8.4	18	7.2	39	7.8
Ocasionalmente	33	13.2	37	14.8	70	14.0
Nunca	112	44.8	144	57.6	256	51.2
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 23

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Termina el tratamiento antes de una nueva visita

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	152	60.8	152	60.8	304	60.8
Casi siempre	71	28.4	56	22.4	127	25.4
Ocasionalmente	18	7.2	25	10.0	43	8.6
Nunca	9	3.6	17	6.8	26	5.2
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No. 24

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Cumple con el tratamiento familiar

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	104	41.6	76	30.4	180	36.0
Casi siempre	33	13.2	31	12.4	64	12.8
Ocasionalmente	24	9.6	17	6.8	41	8.2
Nunca	89	35.6	126	50.4	215	43.0
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

Cuadro No.25

FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Está satisfecho con el servicio de Medicina Familiar

Respuesta	Grupo A		Grupo B		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Siempre	142	56.8	123	49.2	265	53.0
Casi siempre	56	22.4	61	24.4	117	23.4
Ocasionalmente	35	14.0	51	20.4	86	17.2
Nunca	17	6.8	15	6.0	32	6.4
Total	250	100	250	100	500	100

Fuente: encuesta específica.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos, se observa que el médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 de Puebla, -- Pue., trata con un tipo de pacientes fundamentalmente del sexo femenino en un 65 % de los casos, amas de casa en su mayor proporción, (48 %) entre los 20 y 39 años de edad, (60 %) con una escolaridad no mayor de secundaria en un 79 % de los casos, un importante grupo de analfabétas, (solo en el grupo encuestado un 2.4 %) con el 82.2 % de la población dividida entre amas de casa, obreros y empleados, el 55 % aproximadamente de asegurados y el 45 % de beneficiarios que tienen de por sí, un gran número de carencias socioculturales, los cuales no en pocas ocasiones acuden sensibilizados negativamente a la consulta, --

misma que se lleva a cabo con una falta de confianza del paciente hacia el médico y una ausencia de interés en los problemas de éste por parte del médico familiar, habiendo diferencias significativas entre los dos grupos de pacientes y médicos en relación a la opinión externada por ellos mismos y que de acuerdo al método estadístico empleado fueron los siguientes: el llegar a solicitar consulta fuera del horario establecido, llegar retrasado a las citas, falta de confianza inspirada al paciente, interés del médico en los problemas del paciente, la sugerencia de soluciones a los problemas del paciente, cita a otros miembros de la familia para la solución de los problemas de la misma, la explicación que debemos hacer al paciente al momento de la exploración, el consultar al médico por el mismo motivo habiendo terminado el tratamiento prescrito la vez anterior, el recibir tratamiento familiar, el cumplimiento de éste tratamiento por el paciente.

Se observó además, una satisfacción del 56.8 % en el grupo A y de 49.2 % en el grupo B, cosa que no está de acuerdo con la hipótesis inicial. El 65 % de los médicos que cursaron residencia de medicina familiar pertenecen a los consultorios de éste grupo B, los que teniendo un número de consultas menor que en

el grupo A, deberían tener un mayor grado de satisfacción en sus pacientes siendo todo lo contrario y que nos explicamos -- por el mayor número de factores que existen en la alteración -- de la relación médico-paciente en éste grupo B. De acuerdo a -- lo anterior, la residencia de Medicina Familiar, no ha rendido los frutos que de ella se esperan.

Consideramos que cuando hay interés profesional, ético, moral, institucional, etc. del médico familiar, el "exceso" de -- consultas no es el factor más importante para establecer una relación médico-paciente aceptable que le permita al mismo --- tiempo ejercer los intereses institucionales, los del paciente y los propios.



## RESUMEN

Se efectuó un estudio transversal, prospectivo, observacional y comparativo, para determinar cuales son los factores que alteran la relación médico-paciente en 20 consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 de Puebla, Pue., con diferente índice de consulta habitual por turno, recopilando las opiniones de 500 derechohabientes adscritos a los consultorios seleccionados y 20 médicos familiares adscritos a esa misma población.

Se encontraron diferentes factores con valor significativo entre los dos grupos de médicos y de derechohabientes encuestados.

Apreciamos una diferencia de opiniones sobre un mismo aspecto entre médicos y pacientes, más acentuada en el grupo de menor promedio de consulta habitual, lo que orienta a pensar que uno de los subgrupos B no contestó con veracidad a las preguntas.

Además se puede explicar el bajo promedio de consulta en el grupo B, por un mayor número de factores que alteran la relación médico-paciente en relación al grupo A.

El cursar residencia de Medicina Familiar, poco ha significado para mejorar la relación médico-paciente.

Se sugiere a las autoridades amplíen las investigaciones sobre este aspecto.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Guerner V. El enfermo en la historia de la medicina. *Gac Med Mex* 1983;19:301-2.
- 2.- Narro RJ. La relación médico-paciente como modelo de investigación. *Rev Fac Med Mex* 1979;22:17-21.
- 3.- Hiram BCurry, Silas WGrant. Papel del médico familiar. En - Conn PHoward, Rakel ERobert, Johnson WThomas, ed. *Medicina - Familiar Teoría y práctica*. México: Panamericana, 1974:43-50.
- 4.- Garduño NM. La relación médico-paciente en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Bol Med IMSS* 1976;18:328-31.
- 5.- Guerner V. El enfermo como protagonista de la historia de la medicina. *Gac Med Mex* 1983;19:308-11.
- 6.- Lyons Salbert. Hipócrates. In Lyons Salbert, Petrucelli RJoseph, ed. *Medicine An Illustrated History*. New York: Harry N. Abrams Incorporated, 1978:206-17.
- 7.- Gutiérrez G. Comentarios a las actuales críticas al médico y al ejercicio de la medicina. *Gac Med Mex* 1981;117:1-2.
- 8.- Véjar LC. Los factores morales de la medicina. *Gac Med Mex* 1981;117:354.
- 9.- Tamayo PR. La enseñanza de la relación médico-paciente durante los estudios de pregrado y postgrado en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Bol Med IMSS* 1976;18:290-4.
- 10.- Treviño-García MN. La relación médico-paciente. *Gac Med Mex* 1978;114:235-9.
- 11.- Pucheu RC. Factores que intervienen en el desarrollo de la relación médico-paciente durante los estudios de pregrado. *Bol Med IMSS* 1976;18:290-4.
- 12.- Alegría GP. Factores que intervienen en la relación médico-paciente en las instituciones de seguridad social. *Bol Med IMSS* 1976;18:322-7.
- 13.- Sonf MJ. Actitudes de los usuarios hacia los servicios de salud de primer contacto. *Rev Fac Med Mex* 1980;23:18-23.

- 14.- Syntex. Relación médico-paciente México: Syntex 1978 (Simposium Syntex. Aspectos psicológicos de la relación médico-paciente).
- 15.- Somolinos PJ. El enfermo y su idea de enfermar. Gac Med Mex 1983;19:312-4.
- 16.- Véjar LC. La bondad como arma terapéutica. Gac Med Mex 1981; 117:47-9.