

11226.
301
229



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Relación Médico-Paciente

T E S I S

para obtener el grado de

especialista en

Medicina Familiar

Presenta

Dra. Gloria C. Ramírez Mora

1982-1984



TESIS CON
VALIA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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 .

	Pags.
1.- INTRODUCCION.	1
2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.	4
3.- ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE.	6
4.- LA RELACION MEDICO-PACIENTE.	9
5.- MATERIAL Y METODOS.	25
6.- CEDULA DE ENCUESTA A DERECHAHABIENTES	27
7.- ASISTENCIA DEL DERECHAHABIENTE A LA CONSULTA EXTERNA.(CUADROS 1 y 2).	28
8.- OPINION SOBRE LA ATENCION PERSONAL DE SU MEDICO. (CUADROS 3,4,5,6 y 7.).	29
9.- OPINION SOBRE LA ACTIVIDAD CLINICA DE SU MEDICO FAMILIAR.(CUADROS 8,9 y 10.).	32
10.- INVESTIGACION DE SU SATISFACCION CON SU MEDICO FAMILIAR. (CUADROS 11,12,13 y 14.).	34
11.- OPINION SOBRE LA ATENCION FAMILIAR. (CUADROS 15 y 16.).	37
12.- OPINION SOBRE LA ATENCION MEDICA EN EL I.M.S.S.. (CUADROS 17 y 18.).	38
13.- IDENTIFICACION DE DERECHAHABIENTES POR EDAD Y SEXO. (CUADRO 19.).	39
14.- CONCLUSIONES.	40
15.- BIBLIOGRAFIA.	42

1.- INTRODUCCION.

1.1.- La Medicina Familiar en México.

Toda ciencia, todo arte, ha sufrido a través del tiempo avances y cambios que los hacen perfeccionarse en sus diferentes ramas y manifestaciones.

La Medicina no ha escapado a ello, pues a través de su historia ha experimentado una serie de cambios y progresos que la han llevado desde la medicina primitiva hasta la era de las superespecialidades. Hace poco más de cien años que los médicos podían ofrecer algo más que simpatía a sus enfermos, aparte de algunos polvos y yerbas utilizados con fines terapéuticos, cuyo empleo llevaba implícito el principio de no llegar a causar daño, el médico era algo más que un amigo de la familia. No existía el concepto de antisepsia, se desconocían los antibióticos, no se contaba con el electrocardiógrafo o con aparato de rayos X. El clínico reconocía las enfermedades pero disponía de pocos medios para combatirlas. Cuando se aislaron las bacterias y se desarrolló la vacunación, se introdujo en la práctica el concepto de prevención de las enfermedades. Paralelamente fue posible practicar muchas intervenciones quirúrgicas gracias a la aparición de la anestesia. Fue a partir de la Primera Guerra Mundial que se inició la tendencia a la especialización, apareciendo así la Oftalmología, la Ortopedia y la Cirugía. La Segunda Guerra Mundial además del advenimiento de las Sulfonamidas y la Penicilina, trajo consigo un aumento rápido y explosivo en el progreso de la Medicina Científica, lo que dio lugar a una abrumadora cantidad de conocimientos y que --

fuera prácticamente imposible que una persona, por sí misma pudiera ser experta en todas las modalidades del diagnóstico y el tratamiento, fragmentándose así la profesión médica en especialidades. Esto hizo que continuara el descenso de los médicos generales iniciado después de la Primera Guerra Mundial. La tendencia a la especialización -- fue bien vista por los médicos e inclusive por el público que le dió una gran acogida.

Lo que aparentemente funcionó al principio, llevó a corto plazo a entender a los profesionales de la medicina así como a la población, que era necesario contar con un médico que proporcione atención primaria y personal continua, que estudie a sus pacientes y a las enfermedades en el contexto de la familia y su ambiente, y que los considere como un todo y no como un conjunto de órganos o de sistemas potencialmente enfermos. Un médico que con conocimientos básicos de las diferentes ramas de la medicina, sea capaz de proporcionar y satisfacer las necesidades de salud a un nivel primario, y cuando sea necesario pedir la asistencia especializada. Se puede inferir que nos referimos al Médico Familiar.

Se ha propuesto y se han usado las denominaciones -- más variadas para designar a la figura central de cualquier sistema de atención médica; Médico de primer contacto, médico de contacto continuo, especialista en medicina extrahospitalaria, médico de primera línea, médico domiciliario, médico de cabecera, generalista, y muchos otros. Sin embargo, lo que la Medicina Familiar requiere no es un nombre adecuado, sino disponer de personas entrenadas adecuadamente para satisfacer las necesidades modernas de

atención médica de Contacto Primario.

La Medicina Familiar es la medicina general que se practica en relación con las necesidades biológicas, sociales y psicológicas de los individuos que actúan en grupos sociales cuya unidad fundamental es la Familia. (11)

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

La influencia que tenia el médico, alrededor del --- año de 1900 sobre sus pacientes y amigos era muy grande -- y como médico de una familia ejercía una autoridad muy -- grande, que incluso estaba por encima de la autoridad pa-terna de dicha familia. (8).

durante el transcurso de la medicina contemporanea -- se hacen aparentes a partir de la década de los cuarentas nuevas corrientes tendientes a la investigación de los -- distintos aspectos de la relación médico-paciente, dando -- mayor énfasis a los aspectos psicológicos y al fenómeno -- de comunicación entre ellos, tratando así de determinar -- las posibles causas que determinan el éxito o fracaso de -- esta relación humana.

Diversas investigaciones hechas principalmente por -- psiquiatras, desarrollan teorías que hasta la actualidad -- fundamentan la relación médico-paciente. Uno de los prin- cipales estudios fueron hechos por Balint Michael (1896 - 1970), psiquiatra psicoanalista de origen Húngaro, que lo -- gra conjuntar y aplicar las diversas teorías existentes a la práctica del médico general, por medio de seminarios -- que agrupaban a médicos generales y psicoanalistas que de -- seaban profundizar en los aspectos psicológicos de la -- práctica médica.

Para el grupo Balint, la investigación de los diver- sos aspectos de la relación médico-paciente, tiene como -- base la serie de transacciones psicológicas que se dan -- durante el proceso de la consulta médica (7), esto es la Transferencia (paciente) y la Contratransferencia (médico).

co) que son los dos extremos de la comunicación no verbal e inconsciente que se desarrolla durante la consulta médica. Esta teoría sostiene que durante el transcurso de la entrevista médico-paciente, ambos participantes ponen de manifiesto sus propios patrones de personalidad, expresando así conceptos como enfermedad real y aparente, la druga médico, empatía del médico. etc. (7).

Nathan W. Ackerman y Salvador Minuchin tienen un concepto evolutivo más amplio, establecen como base de la terapia la relación médico-familia desde un punto de vista psicodinámico pero sin olvidar el factor de las diferentes individualidades de sus miembros. (1)y (13).

3.- ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA RELACION MÉDICO-PACIENTE.

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

El médico moderno se preocupa en forma exhaustiva -- por conocer y manejar los aspectos externos del paciente. Hace una medicina sintomática, que trata las manifestaciones exteriores de la comunidad. Pero olvida el proceso interno del individuo. Ignora al hombre como tal, a su biografía, a su angustia, a sus deseos íntimos a sus expectativas más profundas. Trata, pues, con lo que el paciente tiene y no con lo que el paciente es.

La pregunta fundamental del médico que se enfrenta a un paciente ha dejado de ser, ¿ Quién es este hombre ?. -- En la actualidad, la pregunta es, ¿ Qué tiene este enfermo?. Más aún la especialización ha ahondado la fragmentación. Para el superespecialista la pregunta que hay que responder es todavía más impersonal, ¿ Se encuentran en el ámbito de mi especialidad alteraciones somáticas que puedan explicar los síntomas del paciente?.

El aprendizaje de la relación:

Desde hace varias décadas, la enseñanza de la medicina ha estado orientada hacia la detección y curación de síntomas. No se enseña a ver hombres sino a ver manifestaciones

ciones patológicas de órganos. Desde el primer momento de su formación, el futuro médico es enarrendado a un manejo externo del paciente. Nunca se le enseña a conocer las manifestaciones internas. Se le capacita para interrogar, no para conversar. Nunca aprende a detectar el verdadero estímulo inotrópico, aquello que íntimamente ha movido a un ser humano a exponerse al juicio de otro ser humano. Por ello jamás logra el desarrollo del paciente ni el suyo propio. Tampoco se le enseña a enseñar al paciente. Esta enseñanza y este aprendizaje podrían significar un elemento de desarrollo individual y social, sobre todo si el futuro médico se adiestrara en la comunidad. Más aún desde el principio se le enseña a satisfacer sus necesidades personales o las administrativas de la institución donde trabaja.

El médico como cualquier ser humano, tiene necesidades de prestigio, de dinero, de afecto. Esto no tiene nada de extraño. Lo que resulta inadmisibles es que se manipule para satisfacer esas necesidades a una persona que ante todo requiere ayuda, que está incluso a someterse a juicio sobre su estado vital. Se hace ver la necesidad de que la actitud del médico debe de ser de servicio, lo que implica un compromiso con la comunidad y con el individuo para entender y transformar las causas reales de la enfermedad.

La medicina socializada:

La crisis de la medicina y su reflejo más claro. La crisis de la relación médico-paciente, no son producto del azar. Surgen como resultado de una crisis social más-

general.

En este marco social donde se inscribe la atención médica y, por ende, la relación médico-paciente. Así presenciarnos, 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 cuya meta principal y última es la reintegración del trabajador a la productividad.

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

Todo ello obliga a replantear la función del médico- éste debe ser ante todo una persona capaz de acompañar y promover un desarrollo permanente del individuo y de la sociedad. Este es el verdadero compromiso del médico. Sólo entonces la medicina será una auténtica medicina, una medicina socializada y humanista. Sólo entonces la relación maquina-paciente será derrotada por la auténtica relación médico-paciente. (8).

4.- LA RELACION MEDICO-PACIENTE.

La consulta médica ante todo, es un acto de presen --
cias, la del médico y la del paciente. Este acto de presen --
cias da lugar a una relación: La relación médico-paciente.

Cualquier medida de caracter médico afecta siempre am --
bas partes, o en un sentido más amplio, al médico y a la --
sociedad.

Por consiguiente la historia de la medicina no puede --
limitarse a los aspectos científicos, institucionales u --
otras características de la misma, sino que debe incluir --
la historia del paciente en la sociedad, la del médico y --
las relaciones entre el médico y el paciente. Si estas re --
laciones constituyen la esencia de la medicina, es pues --
conveniente considerar a uno y a otro como participantes --
de una mutualidad especial y singular, como autores de un --
drama que cumple funciones sociales bien claras y respecti --
vamente recíprocas.

Las relaciones médico-paciente sólo pueden ser dos --
desde luego una corresponde al médico y la otra al enfermo --
ésta última, está constituida por una necesidad de apoyo --
de parte del facultativo con motivo de un problema de sa --
lud. La raíz por parte del médico debería estribar funda --
mentalmente en una disposición afectiva para proporcionar --
dicha ayuda y además en la preparación científica y técni --
ca necesarias para llevarla a cabo. Es decir, en la estruc --
tura y dinámica internas de la relación médico-paciente de --
bemos de distinguir dos acciones: la cognocitiva, la emi --
nentemente científica y analítica, y la de identificación --

médica, proceso afectivo dirigido a la comprensión del paciente. (17) La verdadera función del médico sólo puede realizarse cuando además de una preparación médico técnica indiscutible, se establece una relación íntima con el paciente, relación que permita conocerlo a fondo; cuando el enfermo encuentra en él, en sus gestos, en sus ojos, esa señal del interior del alma que le diga que primero que su médico es su amigo.

En el pasado y aún en nuestro siglo, mientras no se contaba con los recursos que ha producido la tecnología, la relación entre el médico y el paciente se desplegaba con mayor soltura y mejor comunicación. En nuestros días las cosas no ocurren de la misma manera. Los recursos terapéuticos actuales, los instrumentos de diagnóstico, la sobrepoblación y por tanto el mayor número de enfermos, hacen que la entrevista clínica se haga con premura y que el paciente obtenga exclusivamente y en forma rápida una receta que en el mejor de los casos, lo liberará de su patología más inmediata. (12). No parece posible pues, que en esa relación tan profesional y superficial se valore toda la dimensión humana de la enfermedad como se hacía antes. La voluntad de consolar que tenía el médico ya no es algo implícito en su papel actual. (10).

En la práctica privada, la interrelación es básicamente de orden comercial, de donde el médico necesita esmerarse en su trato con sus pacientes a fin de mantener una "clientela" constante y creciente. El paciente, a cambio de su dinero, recibe una atención inmejorable en cuanto a cordialidad, afecto, modales, comprensión etc., aun--

que a veces con calidad médico-técnica de escasa cuantía. En estas condiciones el fin que se persigue con la relación, la terapéutica, encuentra un terreno propicio para consumarse. Sin embargo, es de todos sabido que es muy reducida la población que puede pagar este tipo de atención. Una buena parte tiene que recurrir a la medicina institucionalizada, que prácticamente se basa en una interacción fundamentalmente burocrática, donde el paciente acaba por ser un número más en las unidades médicas. El médico en estas circunstancias no puede "perder" tiempo. Tiene que atender un cierto número de pacientes en un lapso determinado. La relación afectiva, la identificación médico-paciente, la visión global del individuo se pierden entonces fácilmente. (3)

Es demasiado simplista atribuir a la sobrepoblación, a la tecnología, a la institucionalización de la medicina y otras causas semejantes, la mayoría de las veces parciales p unilaterales, el deterioro de la relación entre dos seres humanos, en este caso el médico y el individuo que acude a verlo, ya sea en plan de paciente o de confidente. No, definitivamente el problema no es tan simple, tan superficial. Tiene que ver con las relaciones, con la comunicación verdadera entre dos individuos y ambos son fenómenos harto difíciles de vivir y comprender.

Y aparece otro elemento más, que paradójicamente ha contribuido a entorpecer la relación de la cual nos ocupamos; la especialización. Chardin, al hablar de las consecuencias de la especialización en el reino animal dijo "La especialización paraliza y la superespecialización mata".

¿ Se acerca el hombre-masa a este punto?, se piensa que no se podrá evitar si no hay cambios fundamentales en las actitudes de los hombres y en especial de los científicos. (6).

¿ Porque tanto interes en la relación médico-paciente ?.

Está de moda hablar de la relación médico-paciente, -- conviene analizar las razones de donde proviene el interés.

1.- Puede ser el descontento del paciente con respecto a como el médico lo trata en la consulta.

2.- Puede ser también el descontento del doctor respecto a los resultados de la asistencia que él proporciona.

¿ De que se quejan los pacientes?.

En el primer caso , algunos pacientes dicen que la consulta ha sido demasiado rápida, que el médico apenas les ha hecho dos o tres preguntas y que casi no los explora. Otros de quejan de que "no hay comunicación", que el médico no les dá oportunidad para decirle lo que sienten, lo que les aflige o los inquieta y que tampoco les informa sobre que cosa es lo que tienen, ni porque lo tienen, se quejan también de no recibir las explicaciones que ellos desearían sobre los medicamentos prescritos, así como respecto a ciertas prohibiciones referentes a la alimentación y a ciertos actos de la vida cotidiana.

La inquietud e insatisfacción de algunos médicos.

Los estudiantes de medicina no dejan de oír, una y otra vez, la palabra "relaciones", como algo importante que se debe cultivar con los pacientes para poder obtener de ellos buenas historias clínicas, no es de extrañar que-

tanto en la escuela como durante el preinternado y la residencia hospitalaria, jamás se logre la clase de relaciones que se consideran como las más adecuadas y seguras, probablemente porque no se enseña a conducirse profesionalmente.

Se ha dicho repetidamente que entre el primero y los últimos años de la carrera médica ocurren importantes cambios, que transforman al novato entusiasta y lleno de amor por la humanidad en un adulto ávido, distante y escéptico. Se ha especulado mucho acerca de la naturaleza y causas de estos cambios, ya que son aparentemente comunes a todos -- los estudiantes de medicina. Una hostilidad progresiva hacia los pacientes se desarrolla y culmina durante los años de residencia hospitalaria, para luego (afortunadamente) -- declinar.

Aun cuando el futuro médico no esté consciente de esta hostilidad, resulta evidente para el paciente, el personal de los pabellones y los maestros. Se manifiesta, en -- efecto, por fruncimientos de cejas, iracundia, ademanes -- bruscos, onomatopeyas no siempre eufónicas, indiferencia -- por los sentimientos y la intimidad del paciente y una inclinación a ver a los individuos sólo como casos o enfermedades y no como seres humanos que son, con sus preocupaciones, temores y esperanzas, hasta el punto de que el médico bisiño se caracteriza por diferenciar a los "pacientes" de los "amigos", manteniendo siempre a los primeros a distancia de estetoscópico.

Cuando esta hostilidad persiste más tarde en la práctica, entorpece la labor del médico, merma su eficacia, se -- convierte en un antagonismo declarado hacia su profesión --

en general y lo priva de las satisfacciones que esperaba obtener en su carrera.

¿ De donde viene esta hostilidad ? Las escuelas han sido acusadas de fomentarla; por otra parte, podemos observar que existe menos cordialidad entre los residentes de un importante centro médico son promercionales a la cordialidad de su trato. Algunos profesores de psiquiatría no dejan de ser también culpables de la actitud distante que adoptarán más tarde muchos de sus discípulos, al ponerlos en guardia sobre los vínculos emocionales y describir el amor como un síntoma puramente sexual.

La hostilidad es, sin duda, una reacción desagradable aunque psicológicamente apropiada como defensa contra todo lo que amenaza nuestro ego. Partiendo de ahí, resulta difícil asumir que un estudiante del que se espera algo tan decisivo como la curación de los enfermos sea víctima de una especie de acrofobia profesional y que su hostilidad no sea, en definitiva, sino una defensa contra el temor de ver desenmascarada su inseguridad. En este caso, podemos afirmar que uno de los principales requisitos para la iniciación de cualquier relación entre doctor y paciente es, de parte de aquél, la confianza en sí mismo.

Habiéndonos hecho entrega de sus más íntimos secretos mentales y físicos, el paciente espera de nosotros cierta reciprocidad. En verdad, muchas veces nos vemos en la necesidad de dar el primer paso. Este es el mayor peligro de la intuidad; se espera algo de nosotros aunque no sea más que una entrega parcial.

Muchas personas no son, sin embargo, muy propensas a dar, sobre todo durante su época de estudiantes. Escogemos

la carrera médica en parte para obtener una posición social superior; no son los dioses quienes hacen sacrificios en aras de los hombres. Frente a un paciente pensamos lo siguiente; "Eres tan débil que tienes que acudir a mí para recibir ayuda. Esto te pone en mi poder, y si tengo poder sobre ti, no tengo obligación de dar sino de recibir. No vuelvas hasta que estes dispuesto a obedecer mis órdenes". En un joven estudiante esta actitud puede agravarse debido a vestigios de anhelos infantiles de ejercer sobre los demás el mismo poder que los padres ejercían sobre él.

Con respecto a las barreras que entorpecen las relaciones médico-paciente; "¿Porque qué no son los demás como yo?, es una de ellas. En medicina se expresa de diferentes maneras; "Cualquiera puede dejar de fumar (o de comer o de beber en exceso); ¡yo lo logré! y "Se sentiría usted mejor si cuidara más de su salud". Un médico tiende a sentirse sano (o bueno, o fuerte) y a pensar que la mayoría de los enfermos son personas débiles, incapaces de autodisciplina y que no merecen compasión alguna.

Aplicado a la práctica diaria, todo esto conduce a una actitud que podría expresarse de la siguiente manera; "Este paciente no me permitirá penetrar en lo más profundo de su personalidad porque, aunque desearía establecer conmigo una relación más personal, el hecho de tener que exponer su desnudez ante mí lo atemoriza; él, a su vez, también me atemoriza porque estropea la imagen que de mí mismo tengo una especie de Dios omnisciente y no la de un simple mortal. Si exteriorizo alguna emoción, creará que soy humano y me perderá todo respeto. Inclusive, podría llegar a dominarme y exigirme las mismas consideraciones que me -

guarda a mí. Ello significa que tendré que dar más de lo que recibo, o, cuando menos lo mismo. (3).

El hombre no nace ni amando ni odiando. A lo primero y a lo segundo aprendemos a lo largo de la vida, y la primera cosa que se necesita para aprender algo es estar dispuesto a hacerlo. Muchos estudiantes de medicina dicen que han abrazado la carrera porque tienen deseos de ayudar. -- Tal deseo está más o menos informe y no siempre es, como algunos psiquiatras creen demostrarlo, un deseo genuino; -- más bien dicen otros especialistas que esta disposición de ayudar es un sentimiento de culpa que no se sabe como purgar y es al mismo tiempo el culpable de que, si bien al principio de la carrera el médico se da a los demás sin buscar gran beneficio personal, sobre todo económico, pasado un tiempo tratará de "desquitarse", de cobrar lo gastado, -- material, intelectual y emocionalmente en largos años de escuela y en no pocas noches sin sueño en sus guardias en los hospitales, aquí surge la pregunta respecto si después de una tercera etapa digamos, regresaría el médico a su punto de partida, el psiquiatra opina que si bien se dan casos, según su parecer son la excepción. De lo anterior resultaría que el amor médico, fundamento de esta ayuda al semejante con problemas de salud, sólo es algo que existe en la época que podríamos llamar romántica del estudiante de medicina y del médico novicio, quienes en virtud de su conocimiento que adquieren de la realidad por el hecho de enfrentarse a ella, olvidan sus viejas ideas románticas y se convierten en técnicos que trabajan por lucro y por prestigio.

No podrían ser de otro modo las cosas en una sociedad-

como la nuestra. Si volteamos a nuestro alrededor nos encontraremos con médicos que francamente son comerciantes de la medicina. En el otro extremo nos topamos con médicos en verdad buenos y caritativos que hasta confunden o mezclan la asistencia médica con ayuda de otra clase.

Los dos extremos son malos, desde luego más el primero porque no corresponden a lo que en verdad debe ser un médico.

Si aquél puro deseo de ayudar, que lleva al joven a inscribirse en la carrera de medicina, se convierte con los años en una científica y genuina ayuda médica, en vez de decepciones habrá ajustes de sueños, de utopías y arribo a una vida productiva.

Según Laín Entralgo, todas las relaciones humanas se pueden dividir en dos grandes grupos: Las objetivantes y las interpersonales.

Entre las variedades que existen de relación objetiva, interesa a nosotros aquella que podríamos llamar relación científica, que es la que establece el hombre de ciencia con el objeto que estudia o manipula. Puede hablarse de una relación técnica para designar la que se entabla entre un técnico y el objeto que va a operar o a intervenir. Por tanto la relación técnica siempre va acompañada de una relación operativa. La relación científica puede o no acompañarse de esta última. Los llamados científicos puros pueden prescindir de ella, pero jamás podrán hacerlo los ingenieros y los médicos cuyo papel consiste en la aplicación de las ciencias al conocimiento, manejo y solución de problemas prácticos.

La medicina como ciencia, toma al hombre y a sus problemas de salud como objetos de conocimiento, pero no para descubrir la verdad científica y gozar con fruición tal momento, sino para ayudar medicamente a la persona que se tiene enfrente. Esta relación científica es fría, racional y distante, se hace con maneras y razonamientos clásicamente llamados experimentales, de los que también se ocupó en el laboratorio, en la cátedra y en el libro.

El clínico se vale de los síntomas y de los signos de enfermedad y padecer médico, para conocer y después manejar el problema que se plantea, y al final de cuentas llegar al diagnóstico. Por tanto los objetos de conocimiento inmediato son los síntomas (aunque sean datos subjetivos) y los signos. Atrás de ello está el problema de salud y el hombre que los vive.

Relación objetivante es la que ha entablado el médico con su paciente al interrogarlo de manera cerrada a base de preguntas directas en busca de la enfermedad. Ha sido relación objetivante la que el clínico establece con el enfermo cuando le precute el corazón. Es relación objetivante la que permite al médico conocer el efecto terapéutico o las reacciones colaterales o tóxicas de un medicamento.

Aún la quejas que hoy tienen los pacientes sobre la forma como son tratados por el médico, no se refieren tanto a la relación interpersonal como a un deficiente e inadecuada relación objetivante. Tan acostumbrados como están a ser tratados como objetos, los pacientes desconocen lo que en verdad es una relación interpersonal. Prueba de esto es que ya no están tan inconformes cuando les toman muchas radiosrefías, les extraen sangre, les ven fondo de --

ojo o les toman la presión arterial.

Por tanto el conocimiento de la relación médico-paciente entendida como relación interpersonal, es una inquietud que ha nacido más del médico que del paciente.(2).

La relación interpersonal no puede establecerse sino entre personas, entre seres humanos que no pierden aquel carácter. El amor en sus múltiples aspectos -amistad, amor filial, amor conyugal, amor médico- es lo que las engendra y nutre.

El amor médico, germen y alimento de la verdadera relación médico-paciente, es aquél que busca en el paciente -persona que el clínico conoce, comprende y respeta- el bien médico, lo procura en su salud. Para alcanzar tan valioso objetivo es indispensable el conocimiento científico de la persona y su problema, el cual se adquiere gracias a la relación objetivante de carácter científico a la que ya hicimos referencia. La comprensión del paciente como persona, es el fin objetivo de la relación de carácter interpersonal que el médico establece con su paciente durante la consulta. Aunados la comprensión y el conocimiento científico, hacen de toda acción y decisión médica un acto en verdad orientado a ayudar médicamente a una persona que vive un problema de salud.

La comprensión tiene tres características.

- a) Reciprocidad.
- b) Insuficiencia del lenguaje verbal para describir y comunicar la comprensión, o más bien sus frutos.
- c) La comprensión se lleva a cabo por medio de la identificación.

La reciprocidad es una doble acción, la comprensión del otro necesita el mismo tiempo de comprensión de nosotros mismos. Requiere que percibamos las emociones nuestras y las ajenas y que seamos, en lo que toca, a lo que sucede en la consulta, que significan una y otras para el médico y para el paciente.

Mientras el lenguaje verbal generalmente es capaz de describir y comunicar la intelección de algo, la palabra hablada o escrita no es suficiente, en la mayoría de los casos, para expresar las características de la comprensión del otro. Contamos según Balint, (5) con medios precisos e inequívocos para la descripción de objetos y de sucesos no emocionales, pero nos encontramos con grandes dificultades para dar una descripción exacta de lo que siente una persona que observamos, y de lo que significan estos sentimientos para nosotros los observadores.

Seguramente fué esta posibilidad de nombrar con exactitud los hechos objetivos, una de las razones por las que el clínico prefirió, desde el siglo pasado, el signo físico frente al síntoma, pues este no pasaba de ser, como hasta ahora lo es, una sensación subjetiva para cuya descripción y comunicación a veces costaba y cuesta trabajo encontrar palabras adecuadas y suficientes. (9) y (15).

La identificación médica es un proceso que requiere cierto grado de esfuerzo consciente. Sin embargo, depende mucho más de la voluntad y, sobre todo, el deseo de comprender y de la capacidad de simpatizar con el paciente. La identificación es un ponerse a tono el médico para sentir como si el mismo fuera el paciente. Para que tal cosa sea posible, se requiere que el médico sea capaz de des --

prenderse de la conciencia de sí mismo, de su papel, de sus afectos, de sus antipatías. De este modo podrá sentirse como si fuera la otra persona.

La identificación plena permite que el observador y observado, que el médico y el paciente, tengan una experiencia mutua, después de ella, al médico le será muy difícil pensar de nuevo en forma puramente objetiva, fría y distante respecto a esa persona.

Consumada la identificación, el médico debe de salir de ella para actuar, para pensar, para razonar como un profesionalista con formación científica. Sin embargo, sus decisiones y comportamiento estarán enmarcados dentro de la identificación, de la comprensión del amor o amistad - médicos.

Ya que tocamos este punto -el de la diferencia entre la identificación médica y la que no lo es- conviene señalar las características que distinguen a la comprensión médica de otros tipos de comprensión. Las siguientes son las más importantes.

a) El ambiente y momento en que se desarrolla la compreensión.

b) El tipo de comunicación que se utiliza en la compreensión médica.

c) Las ligas emocionales que funcionan en la comprensión y el carácter de éstas.

d) Las diferencias en el conocimiento teórico y práctico y el rol social de los participantes en la comprensión médica.

Respecto al primer punto, el momento de la relación--

médico-paciente de carácter interpersonal, emocional o afectivo, es el de la consulta médica; y el consultorio, la sala del hospital o la alcoba del enfermo, el lugar en que habitualmente ésta se lleva a cabo. El ambiente más propicio es aquel que da cierta intimidad a la relación, en el que no existen más personas que el médico y el paciente y en el que éste puede desnudarse de "cuerpo y alma" sin gran dificultad. Por lo que se ve, dentro de la medicina institucional no siempre se dan estas situaciones ideales que hemos anotado, lo que dificulta la relación interpersonal, la comprensión emocional y hasta la relación objetiva y la comprensión intelectual. (14) y (16).

La comprensión médica es un proceso limitado en tiempo y espacio, limitado al tiempo de la consulta y reducido al espacio del consultorio, del cuarto o la sala del hospital, o de la recámara del enfermo. En efecto es habitual que la relación profesional exista sólo en éste ambiente y que cese de manera brusca cuando las personas se alejan de él, es decir, cuando el médico y el paciente se encuentran en otro sitio o ya no es hora de la consulta, se establece entre ellos una relación común y corriente. Finalmente lo que podemos hacer con el paciente.

Finalmente lo que podemos hacer para mejorar nuestras relaciones médico-paciente.

Respeto a los derechos del paciente, no interfiriendo en su vida privada, ni en sus privilegios de hombre libre y dueño de sus acciones.

Tolerancia hacia las debilidades humanas.

Honestidad; ser franco y natural, y aceptar uno su fragilidad y falibilidad.

Conocimiento de sí mismo y del propio espectro del -- comportamiento humano.

Generosidad: estar dispuesto a dar más de lo que se -- recibe.

Fe en la gente de que es inherentemente buena, por -- muy intratable que a veces pueda parecernos.

Confianza en que los demás no tratarán de aprovechar- la intimidad que se les brinda y en que uno mismo es capaz de dominarse y aceptar los riesgos inherentes a un contra- to mutuo.

Preocupación hacia y por los demás. Preocupación tan- to por el fuerte como por el débil, por el sano como por -- el enfermo.

Disciplina: mostrarnos firmes en nuestro propósito de hacer que los demás se vuelvan más accesibles, y discipli- na propia para proseguir con nuestro progreso y mejoramien- to personales.

Con todo lo expuesto anteriormente podemos aprender -- que el Rapport se establezca entonces normalmente; no re- sulte ni tenso ni apresurado. En inglés, Webster define la palabra "rapport", como una relación caracterizada por ar- monía, entendimiento, acuerdo y afinidad. Para el autor -- (3) significa una situación de la que surge una intimidad- productiva, pero no deja de ser algo valioso y hermoso, y- que requiere destreza. Cuando logremos establecer con un -- paciente una relación de ésta índole, ambos estaremos cons- cientes de ella, ambos la disfrutaremos y desearemos que -- no termine, lo que felizmente, casi siempre sucede. (17).

5.- MATERIAL Y METODOS.

Para obtener la información deseada, se decidió efectuar la encuesta por medio de entrevista, con el fin de evitar las no-respuestas y poder aclarar dudas sobre las preguntas. Se decidió también elaborar la entrevista estructurada y con respuestas cerradas, para facilitar su codificación e impedir que la perspectiva personal del encuestador modificara las respuestas. Todas las entrevistas fueron efectuadas personalmente, evitando así, que al intervenir terceras personas, se produjeran variaciones que disminuyeran la confiabilidad de los resultados. A todos los entrevistados se les explicó el objeto de la entrevista y se les garantizó el anonimato.

Se entrevistaron 1 000 derechohabientes, 500 adscritos a 3 médicos familiares con especialización en Medicina Familiar y 500 adscritos a 3 médicos familiares sin ésta.

Se entrevistaron derechohabientes con rango de edad entre los 10 y 60 años, comprendiendo todos los estratos sociales, económicos y culturales, no habiéndose limitado la selección por sexo.

De acuerdo a los objetivos del programa, se elaboraron preguntas tendientes a investigar, los siguientes parámetros, su satisfacción con el médico familiar y opiniones sobre la actividad clínica, atención familiar y expectativas que el derechohabiente tiene del médico y del servicio que se otorga en el I.M.S.S.

En total se obtuvieron 18 000 datos derivados de la encuesta, ya que la cédula de entrevista consta de 18 pre-

guntas.

Los procedimientos de estadística que se llevaron a cabo fueron: la χ^2 (chi cuadrada) , Media y Mediana, y la manera de exponer los resultados será a base de cuadros.

CEBULA DE ENCUESTA A DERECHOPARIENTES.

1. ¿Es la primera vez que acude a consulta? SI NO
2. ¿Acude frecuentemente a consulta? SI NO
3. ¿Lo trata bien su médico? SI NO
4. ¿Sonríe con usted su médico? SI NO
5. ¿Considera amable a su médico? SI NO
6. ¿Su médico lo ve a la cara durante la consulta? SI NO
7. ¿Sabe el nombre de su médico? SI NO
8. ¿Piensa que es eficiente su médico? SI NO
9. ¿Entiende lo que le indica su médico? SI NO
10. ¿Siente que lo escucha su médico durante la consulta? SI NO
11. ¿Le gustaría que su Dr. (Dra.), fuera Dra.(Dr.)? SI NO
12. ¿Ha cambiado de consultorio? SI NO
 - a) Por cambio de domicilio.
 - b) Por solicitud personal.
 - c) Por reingreso al I.M.S.S.
13. ¿Lo tratan mejor ahora que antes? SI NO
14. ¿Se siente a gusto en el consultorio al que esta adscrito? SI NO
15. ¿Confía en su médico como para practicarle algún problema familiar? SI NO
16. ¿Ha recibido ayuda de su médico en algún problema familiar? SI NO
17. ¿Le gusta asistir al servicio médico del I.M.S.S.? SI NO
18. ¿Le gustaría más acudir a servicio médico particular? SI NO

ASISTENCIA DEL DERECHOHABIENTE
A LA CONSULTA EXTERNA. CUADROS I Y 2.

CUADRO No. 1.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 1. ¿Es la primera vez que acude a consulta?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	70	14 %	53	10.6 %
NO	430	86 %	447	89.4 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta Específica.

CUADRO No. 2.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 2. ¿Acude frecuentemente a consulta?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	93	18.6 %	112	22.4 %
NO	407	81.4 %	368	77.6 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

OPINION SOBRE LA ATENCION PERSONAL DE SU MEDICO
FAMILIAR. CUADROS 3, 4, 5, 6 y 7.

CUADRO No. 3.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 3. ¿Lo trata bien su médico?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	479	95.8 %	477	95.4 %
NO	21	4.2 %	23	4.6 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

CUADRO No. 4.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 4. ¿ Sonríe con usted su médico?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	451	90.2 %	420	84 %
NO	49	9.8 %	80	16 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

CUADRO No. 5.
RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 5. ¿Considera amable a su médico?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	458	91.6 %	439	87.8 %
NO	42	8.4 %	61	12.2 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

CUADRO No. 6.
RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 6. ¿Su médico lo ve a la cara durante la consulta?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	496	99.2 %	470	94.0 %
NO	4	.8 %	30	6 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

CUADRO No. 7.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 7. ¿Sabe el nombre del Médico de su consultorio?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	345	69 %	401	80.2 %
NO	155	31 %	99	19.8 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

OPINION SOBRE LA ACTIVIDAD CLINICA
DE SU MEDICO FAMILIAR. CUADROS 8, 9 y 10.

CUADRO No. 8.

RELACION MEDICO PACIENTE.

Pregunta 8. ¿Piensa que es eficiente su médico?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	493	98.6 %	479	95.8 %
NO	7	1.4 %	21	4.2 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

CUADRO No. 9.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 9. ¿Entiende lo que le indica su médico?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	475	95 %	470	94 %
NO	25	5 %	30	6 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

CUADRO No. 10.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta No. 10. ¿Siente que lo escucha su médico durante la consulta?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	491	98.2 %	483	96.6 %
NO	9	1.8 %	17	3.4 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

INVESTIGACION DE SU SATISFACCION CON SU MEDICO
FAMILIAR. CUADROS 11, 12,13 y 14.

CUADRO No. 11.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 11. ¿Le gustaría que su Dr.(a) fuera Dra.(Dr.)?

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
NO	441	88.2 %	427	85.4 %
SI	59	11.8 %	73	14.6 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

CUADRO No. 12.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 12. ¿Ha cambiado de consultorio?

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin la residencia de Medicina Familiar	
SI	72	14.4 %	98	19.6 %
NO	428	85.6 %	402	80.4 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

El movimiento de derechohabientes de los consultorios se debe principalmente a tres causas:

a) Por cambio de domicilio			
Médicos ex residentes.	29	5.8 %	
Médicos sin residencia.	38	7.6 %	
b) Por solicitud personal			
Médicos ex residentes	17	3.4 %	
Médicos sin residencia	39	7.8 %	
c) Por retorno al I.M.S.S.			
Médicos ex residentes	26	5.2 %	
Médicos sin residencia	21	4.2 %	
Total	170	34.0 %	

CUADRO No. 13.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 13. ¿ Lo tratan mejor ahora que antes?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	50	69 %	38	38.7 %
No	22	31 %	60	61.3 %
TOTAL	72	100 %	98	100 %

Fuente: Encuesta específica.

CUADRO No. 14.
RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 14. ¿Se siente a gusto en el consultorio al que esta adscrito?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	493	98.6 %	487	97.4 %
NO	7	1.4 %	13	2.6 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

OPINION SOBRE LA ATENCION FAMILIAR
CUADROS 15 y 16.

CUADRO No. 15.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 15. ¿Confía en su médico como para platicarle algún problema familiar?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	440	88 %	390	78 %
NO	60	12 %	110	22 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

CUADRO No. 16.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta 16. ¿Ha recibido ayuda de su médico en algún problema familiar?.

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	28	5.6 %	20	4 %
NO	472	94.4 %	480	96 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: encuesta específica.

OPINION SOBRE LA ATENCION MEDICA EN EL
I.M.S.S. (CUADROS 17 Y 18.)

CUADRO No.17.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta No. 17. ¿ Le gusta asistir al servicio médico del I.M.S.S.?

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina familiar	
SI	458	91.6 %	439	87.8 %
NO	42	8.4 %	61	12.2 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica

CUADRO No.18.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

Pregunta No. 18 ¿ Le gustaría más acudir a servicio médico particular.?

CONCEPTOS	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
SI	42	8.4 %	61	12.2 %
NO	458	91.6 %	439	87.8 %
TOTAL	500	100 %	500	100 %

Fuente: Encuesta específica.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 19.
RELACION MEDICO-PACIENTE.
IDENTIFICACION DE GRUPOS DE DERECHOHABIENTES.
POR EDAD Y SEXO.

Grupos Etáreos	Derechohabientes de egresados de la residencia de Medicina Familiar		Derechohabientes de médicos sin residencia de Medicina Familiar	
	F	M	F	M
10- 15	32	32	30	34
16 -20	52	10	52	12
21 -25	20	24	22	22
26- 30	42	22	40	21
31- 35	40	22	42	20
36- 40	32	20	30	24
41- 45	62	12	62	10
46- 50	22	10	20	12
51- 55	10	12	12	12
56- 60	12	12	10	10
TOTAL	324	176	320	180

Fuente. Encuesta específica.

La Media o promedio de edad entre los derechohabientes del sexo femenino de ambos grupos de médicos fue de 31.8 años. La Mediana de los derechohabientes del sexo femenino de los dos grupos fue de 35 años.

La Media o promedio de edad de los derechohabientes del sexo masculino es de 33.5 años. La Mediana de los derechohabientes masculinos de ambos grupos de médicos fue de 30 años de edad.

CONCLUSIONES.

Consideramos que el método utilizado, así como el tamaño de la muestra son adecuados para arrojar resultados concluyentes, creemos que los objetivos señalados en la investigación fueron alcanzados en los aspectos explorados por la encuesta, lo que nos da una imagen bastante aproximada de la realidad.

Sobre la investigación de la asistencia del derechohabiente a la consulta externa, por primera vez y a la aceptación de acudir en forma frecuente a ésta, se encontraron los siguientes resultados: el porcentaje es menor entre los derechohabientes del grupo en estudio, que en los del grupo testigo en ambos parámetros. (CUADROS 1 y 2)

El número de derechohabientes satisfechos con la atención personal de su médico familiar, es casi igual en ambos grupos. (91.6 % y 87.8 %). (CUADROS 3,4,5,6 y 7)

No hay mucha diferencia entre los grupos de derechohabientes con respecto a su satisfacción con la atención recibida, ambos porcentajes son altos, 98.6% del grupo en estudio y 95.8 % en el grupo testigo, lo más notable es el hecho de que la enorme mayoría considere eficiente a su médico. (CUADROS 8,9 y 10)

En cuanto a la satisfacción con su médico familiar y la solicitud de cambio de consultorio, la diferencia está a favor del grupo en estudio, 98.6 % y 97.4 % porcentaje - que corresponde al primer parámetro y 3.4 % y 7.8 % por lo que respecta al segundo punto señalado. (CUADROS 11,12, y 14)

Por lo que concierne a la opinión sobre la atención familiar o integral del derechohabiente, los porcentajes -

favorecen a los exresidentes, la confianza en ellos depositada se expresa con los datos siguientes, 82 % contra 70% del grupo de médicos sin residencia. (CUADROS 15 y 16)

Por último el porcentaje que desearía recibir el servicio médico fuera del I.M.S.S, es bastante bajo en ambos grupos, (3.4 % y 12.2 %). (CUADROS 17 y 18.)

En términos generales, se puede considerar que la Residencia de Medicina Familiar, de acuerdo con los resultados ha satisfecho los objetivos para los que fue creada.

Creemos que el egresado de la residencia, debe ser -- ubicado de preferencia, en unidades donde se encuentre en paridad con los médicos familiares sin residencia, para -- que sea capaz de modificar positivamente el medio donde se desenvuelve y no ser absorbido por éste.

Se espera que los egresados influyan en forma importante en el mejoramiento de la atención médica a todos los niveles. Ya que la Residencia de Medicina Familiar, representa un esfuerzo muy importante de la Institución, y a -- ella le ha dedicado importantes recursos tanto económicos -- como humanos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackerman, W.H.: Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Edit. Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1962. pp.35-36.
- 2.- Alvarez, C. R., Bustamante, E.M.: Iatrogenia y Ética Médica. Academia Nacional de Medicina. México, D.F. 1978. pp. 115-119.
- 3.- Bates, C.R.: El Sutil Arte de Entender a los Pacientes. Ediciones P.L.S.S. México, D.F., 1976. pp. 23-31.
- 4.- Beltrán, L.R., López-Rosh, T.R. y Villanueva, C.M.: Evaluación inicial del egresado de la Residencia de Medicina Familiar. I.M.S.S. Puebla, Pue, México. 1975. pp. 9-11.
- 5.- Castillejos, E.: El Médico Ideal. Impresora Hnos. Salgado. México, J.F., 1972. pp. 1-16.
- 6.- Collado, A.R., Toledo, M.L. y García, T.E.J.: Médicos y Estructura Social. Edit. F.C.E.. México, D.F. 1976. pp. 13-16.
- 7.- Cornash, R.J.B. y Carrillo, P.S.: Relación Médico-paciente. I.M.S.S. Puebla, Pue. México. 1979. pp. 1-38.
- 8.- Cueli, J.: Simposio Sintex. La relación médico-paciente. México, D.F. 1977. pp. 15-31.
- 9.- Donatella, E.: El Compañero Médico. Edit. Nueva Imagen México, D.F. 1979. pp. 11-17.
- 10.- Green, M. y Hagerty, R.J.: Pediatría Ambulatoria. Edit. Panamericana. Buenos Aires. 1980. pp. 397-407.
- 11.- Jaime, A.A. e Irigoyen, C.A.: Fundamentos de Medicina Familiar. Ediciones P.L.S.S. México, D.F. 1982. pp. 197-205.
- 12.- Martínez, C.P.: Consulta médica-Entrevista clínica - Edit. Impresoras Modernas. México, D.F. 1979. pp. 39-50.

- 13.- Minuchin, S.: Familias y Terapia Familiar. Edit. Gedisa. Barcelona, España. 1979. pp. 204-206.
- 14.- Pritchard, M.P.: Manual de Atención Médica Básica su Naturaleza y Organización. I.M.S.S., México, D.F. 1982 pp-141.
- 15.- Sánchez, A.L.: Los Pecados Capitales de los Médicos-Gaceta de México. 114:7. pp 337-339. 1976.
- 16.- Timio, M.: Clases Sociales y Enfermedad. Edit. Nueva-Imagen. México, D.F., 1981. pp. 142-144.
- 17.- Treviño-García, M.N.: La relación médico-paciente. Gaceta de México. 114:5. pp 235. 1976.