

11226
2ej
198



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

" LA RELACION MEDICO - PACIENTE "
(Un mejor Resultado de Residencia de MF)

TESIS

Para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presentada por:

Dr. José Rafael Morales Castillo

U. M. F. No. 2

I. M. S. S.



Puebla, Pue.

1983 - 85

**TESIS CON
FALLA 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 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

	PAGINAS
1).- Introducción	1
2).- Antecedentes Historicos	4
3).- Aspectos psicológicos de la Relación Médico- Paciente	7
4).- Material y Métodos	18
5).- Cédula de encuesta a derechohabientes.	20
6).- Presentación de cuadros.	22
7).- Conclusiones	32
8).- Bibliografía	35

LA RELACION MEDICO-PACIENTE

INTRODUCCION

Es bien sabido, o tal vez preconizado por una buena parte de los obreros de la salud, de la importancia inherente a la relación que existe entre el médico y su paciente.

Una parte de la historia de la medicina, se ha encargado de subrayarnos este suceso, y de recordarnos el rincón del olvido hacia donde se ha confinado.

Por desgracia, y como sucede con alguna frecuencia, el hombre se percata de la gran magnitud de sus carencias has ra que éstas se han acumulado a otras tantas similares.

La discrepancia existente entre la riqueza y la pobreza, entre la presencia y la ausencia, en alguna ocasiones son capaces de iluminar al hombre mismo para encontrar lo que ha perdido, y lo que es aún más notable, llevarlo a tener lo que jamás ha poseído, lanzándolo a una nueva situación más -- congruente consigo mismo y con la realidad en que se desenvuelve.

Debido a esto, no es de extrañar que en el justo momento en que la ciencia y la tecnología médicas han llegado a un punto tal elevado de desarrollo, precisamente sea cuando todo mundo empieza a percatarse de la ausencia del médico como persona en el acto clínico por excelencia, como lo representa la consulta médica, y de lo que dicha ausencia signifi-

ca en el ejercicio diario de la medicina.

Una vez más, como se dice comunmente, nadie cae en la cuenta del bien que tiene hasta que lo ha perdido; pues en el caso que nos ocupa, no es que la medicina haya nacido sin médicos, sino que, por el contrario, ha sido y debe seguir siendo una actividad tendiente a resolver problemas de salud, función que desempeñan determinadas personas, las cuales han juzgado a través de la historia de la Humanidad el papel social de Médicos.

A partir de la revolución Conductista del Siglo XX, las ciencias del comportamiento se encauzaron hacia un enfoque estrictamente científico y objetivo de la naturaleza humana. Por consiguiente, hubo la tendencia a ignorar las experiencias concientes-individuales y subjetivas, conocidas en términos científicos con el nombre de Experiencias Afectivas y se perdió el aprecio por el método Introspectivo. Se dió por supuesto que los sentimientos, las emociones, las imágenes, los propósitos de conocimientos, los valores y cosas semejantes, se deslizaran fuera del ámbito de la ciencia natural.

Desde hace algunos años, es bien aceptada, y emergiendo de la OMS, la definición universal que a su buen juicio representa la Salud:

"El perfecto estado de bienestar Biológico, psicológico y social, y no exclusivamente la ausencia de enfermedad ó de invalidez".

Y si nos detenemos un instante para otorgar un momento analítico a esta definición podríamos caer en la cuenta de que un "... perfecto estado de bienestar ...", nos está condicionando hacia algo adinámico, estático; un conjunto tripartita que no se modifica por el constante equilibrio existente entre estos tres factores. De igual forma, nos encontramos en -- condiciones para denotar que el ser humano, comprendido su organismo, es un proceso evolutivo en una forma constante, imposible de permanecer estático, debido a la esencia misma de la renovación y del cambio.

De lo que se puede deducir, la calidad eminentemente filosófica de esta definición, lo que hace al médico comportarse en una forma tal, que lleve, ó deba llevar al individuo, a un desarrollo armónico permanente, para lograr se encuentre lo más cercano posible a este propósito: La Salud.

ANTECEDENTES HISTORICOS:

Muchos siglos transcurrieron antes de que la medicina fuese desligada de la magia y del conjuro; largo tiempo también para que la medicina lograra ser reconocida como una ciencia y un arte. Arte y ciencia de conocer, prevenir, aliviar y curar las enfermedades. El que hace entrega de su vida a la ciencia médica sabe que el estudiarla y ejercerla equivale a modelar una apasionada estatua, crear y recrear en forma constante sus conocimientos de las ciencias biológicas, especialmente los referidos al cuerpo humano.

Y es precisamente a partir del inicio de la década de los cuarentas, durante el transcurso de la Era de la Medicina contemporánea, cuando se hacen aparentes las nuevas corrientes tendientes a la investigación de los distintos aspectos de la Relación Médico-Paciente, dando mayor énfasis a aquéllas de orden psicológico y al fenómeno de comunicación existente entre los mismos y tratando de esta manera de determinar las posibles causas que justifican el éxito o fracaso de esta dualidad.

Una gran parte de investigadores, médicos psiquiatras en su mayoría, se dedicaron a fomentar y desarrollar una serie de teorías que aún en la actualidad fundamentan la Relación Médico-Paciente; siendo algunos de ellos: Spir, Gay, Aldrich, Donqier, Raufmann, Le Gall entre los principales (4).

Es a partir de los estudios realizados por Michael -

Balint (1896-1970). psiquiatra psicoanalista de origen húngaro cuando se logra conjuntar y aplicar las diversas teorías existentes a la práctica del médico general, efectuándose estos experimentos en Londres, en la Clínica Tavistock, desarrollando de esta forma y a partir de 1950, los primeros seminarios que agrupaban a médicos generales y psicoanalistas deseosos de profundizar en los aspectos psicológicos de su práctica.

Para el grupo Balint, la investigación de los diversos aspectos de la Relación Médico-Paciente, presentan como base una serie de transacciones psicológicas que se dan durante el proceso de la consulta médica, éstos es, la Transferencia -- (paciente) y la Contratransferencia (médico), representantes -- ambas de la comunicación no-verbal e inconsciente que se desarrolla entre ellos. Esta teoría sostiene que durante el desarrollo de la consulta médica, ambos participantes manifiestan sus propios patrones de personalidad, expresando a través del componente psicomotriz, sus esferas intelectual y afectiva.

De esta manera surgen conceptos tales como: Enfermedad real y aparente, La Droga Médico, Empatía del Médico, etc.

Nathan W. Ackerman y Salvador Minuchin tienen un concepto evolutivo más amplio; establecen como base de la terapéutica la relación Médico-Familia, desde un punto de vista psicodinámico, pero sin olvidar el factor de las diferencias individuales de sus miembros (18).

Salomon y Patch, tienen un enfoque multidisciplinaria--

rio, en la conceptualización de la Relación Médico-Paciente. - El aspecto psicológico adquiere vital importancia y es manifestado tanto por las actitudes emocionales del médico, como del paciente en relación a sus propios patrones de personalidad, - tomando en cuenta la participación de los factores que determinan la estructura social y que influyen directa e indirectamente en el logro de los satisfactores individuales que proporciona esta relación (4, 18).

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

La medicina de nuestros días, presenta una serie de cambios y de la misma manera una gran variedad de formas de manifestarse éstos. En la mayor parte de las actividades médicas, se ponen al descubierto estos cambios, que algunos han dado en llamar etapas críticas de la medicina. Y es, precisamente específico la Relación Médico-Paciente, quien sirve de principal -- ejemplo a esta serie de crisis dentro de la Medicina.

Si la esencia misma de la Relación Gira en torno a la relación de un individuo ó 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 esa relación con los pacientes. Los pacientes son la razón de ser de la Medicina. Por lo tanto el análisis de la crisis de este tipo de relación resulta uno de los más valiosos caminos, si no es que el fundamental, para entender la crisis dentro de la medicina.

Ciertamente, la crisis de la medicina es un reflejo de una crisis más general: La Crisis de la Sociedad Contemporánea. Por ello, el estudio de la Relación Médico-Paciente tiene que inscribirse dentro de un amplio contexto social y cultural.

El Dr. José Cueli considera, de acuerdo a un modismo dialéctico, que en todo individuo se encuentra representada la sociedad a que pertenece y en toda sociedad se expresan los individuos que la constituyen; que en todo hombre interior se en-

cuenta un hombre exterior que le dá sustancia y lo connota, y que en todo hombre exterior se encuentra la interioridad misma del hombre

La fragmentación del hombre contemporáneo, que crea un aspecto típico de contradicción artificial entre el mundo interno y el mundo externo, se ve reflejada en la Relación Médico-Paciente. En la gran mayoría de los casos, esta relación se ha convertido, en un manejo exclusivo de lo externo. Debido a ésto, es por lo que en la actualidad se maneja una medicina con características sintomáticas, para manejar las manifestaciones externas de una determinada enfermedad, aún a sabiendas de que se olvida el proceso interno de un individuo. Se ignora al hombre como tal, a su biografía, a su angustia, a sus deseos íntimos, a sus expectativas más profundas. Se maneja, pues, el aspecto tan discutido por E. Fromm: Lo que el Paciente tiene, y no con lo que el paciente ES. (7)

El problema parte de que no existe siquiera una definición precisa de lo que es un paciente, ni de lo que es un médico, ni de la forma en que ambos entran en una relación determinada.

Julio Frenk, ha diseñado un esquema operacional de definiciones que es válido tanto para la Relación Médico-Paciente como para la relación entre los sistemas de Salud y Sociedad:

- Paciente es aquélla: persona o colectividad que en

tra en contacto con el sistema de Salud. Esto significará que - no todos los pacientes son enfermos, ni todos los enfermos son - pacientes. Una persona puede entrar en contacto con un médico, y convertirse entonces en paciente, simplemente por 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.

Si centramos ahora el análisis en la Relación indivi dual entre un médico y un paciente, conviene introducir un concepto de Feinsein: El Estímulo Iatrotrópico, es decir, aquel - fenómeno que incita a una persona a acudir con el médico y que hace de ella un paciente. El Estímulo Iatrotrópico no es siempre, como ya hemos señalado, una enfermedad. Más aún, este tipo de estímulo, que la persona manifiesta explícitamente, puede no corresponder a un estímulo real. Por ejemplo, una persona puede acudir al médico porque dice tener un dolor, cuando en realidad el dolor es sólo un pretexto para satisfacer una necesidad más íntima, como la de conservar ó la de comunicar una preocupación (2).

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 exclusi vamente llenar recetas? ¿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 biomio Menester-Amor (3).

Desde hace algunos años atrás, la enseñanza de la medicina ha estado orientada hacia la detección y curación de sin tomas. No se enseña a ver hombres sino a ver manifestaciones pa toológicas de órganos. Desde el primer momento de su formación, el futuro médico es enfrentado a un manejo externo del pacien-- te. Nunca se le enseña a conocer las motivaciones internas. Se le capacita para interrogar, no para conversar. En fin, al estu-- diante no se le instruye para detectar ni para satisfacer las - necesidades del paciente. El estudiante no logra aprender con - el paciente, como tampoco se le enseña a enseñar al paciente -- (5).

De acuerdo con Julio Frenk, los estudiantes de medicina tienen su primer contacto con el enfermo dentro del marco de una relación de explotación.

Sin duda, sería mucho mejor que el estudiante se for ma desde el principio una actitud de servicio aplicable directa-- mente al paciente. El alumno podría ofrecer desde ese momento - una ayuda al paciente aún dentro de sus modestas capacidades. - Si además su educación se realizara en la comunidad, el servi-- cio que podría prestar al desarrollo social e individual sería enorme (7).

A este respecto, el Dr. Mark P. Davenport y su colega el Dr. Edward A. Jackson han implantado en la Universidad de Michigan, y dentro de los programas de la Residencia de Medicina Familiar, el uso de los deportes a manera de identificación entre los pacientes, sus familias, y los médicos a cuyos cuidados se encuentran confinados. (8).

De igual forma, el Dr. Thomas L. Schwenk, reporta un estudio realizado a nivel de postgrado en la Universidad de Salt Lake, en donde se efectúa un intenso programa de interacción primaria entre los residentes de esta especialización (Medicina Familiar), y sus profesores tutelares, teniendo como meta principal la mejoría en la calidad de atención del paciente y su familia a través de un contacto inicial óptimo. De ahí -- que el Dr. Shahady formule la siguiente pregunta: ¿Los residentes pertenecen a nosotros, ó somos nosotros los que pertenecemos a los residentes?. Y partiendo de estas premisas, es cuando el Dr. Robert Davidson haya fundamentado su estudio en donde se comparan las bases académicas que se otorgan en las Universidades a los médicos, y aquéllas que se observan dentro de los programas de un curso de especialización en Medicina Familiar (9, 19).

Se dice que el hombre en su actuar cotidiano conoce el mundo, los hechos y fenómenos que suceden, pero existe una gran diferencia entre conocer los fenómenos totalmente y el -- dar razón y explicación de por qué suceden. Si se desea entrar el punto que desencadena todo el proceso que siguen las -

operaciones cognitivas fundamentales, es necesario hacer una diferencia entre aquéllo que es la mera apariencia de lo real y lo concreto de esta realidad. En la filosofía presocrática y con mayor claridad en la platónica, el conocimiento científico quedó formalmente establecido en dos relaciones complementarias. Cada una de estas define los aspectos de la verdad, es decir, la relación epistemológica y la relación lógica.

La relación Epistemológica es aquella que se establece entre el sujeto cognocente y el objeto. Es en éste y por esta relación que el sujeto tiene noticia de las características propias del objeto. En cambio, la relación lógica de la comprensión del conocimiento se da en dos formas: De una manera mecánica casi inmediata y por vía sintética de ordenación y selección. En el primer caso es aquel conocimiento de tipo intuitivo cuya fundamentación no responde siempre a una estructura lógica. Es una acción que el sujeto realiza sobre sus apreciaciones inmediatas. En el segundo apartado, se establece un orden, una jerarquización de los datos que inciden de una manera permanente en el fenómeno (1, 6).

A partir de la apariencia y del movimiento progresivo que se va de lo obvio a lo desconocido, se obtiene el saber científico y se llega a la explicación de la realidad del mundo. En su práctica cotidiana, la medicina utiliza el método clínico y el método experimental con el propósito de comprender de una manera adecuada los fenómenos biológicos y fisiológicos dentro de un mismo cuerpo viviente. En el área médica, -

estos métodos representan un punto de contacto con el proceso de producción del conocimiento. Se trata de una producción de conocimientos biológicos que tienen un lugar conceptual en una problemática centrada en la adaptación de los organismos al medio ambiente.

El término clínico orienta la búsqueda del hecho utilizando el arsenal de conceptos otorgados por la medicina misma. Lo clínico no refiere básicamente al estudio detallado que el médico realiza del paciente; caracteriza el estudio profundizando en cada una de las particularidades del fenómeno; centra la atención del estudio en los comportamientos del organismo relatados por el enfermo (reacciones que pueden ser observadas en forma metódica en el transcurso de la Relación Médico-Paciente) con el propósito de comprender y explicar las particularidades del fenómeno (10, 16, 17).

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 puede 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 es una necesidad en un país donde el 50% de la población carece de servicios médicos. Solo en un sistema socializado de la medicina, será posible realizar el modelo de auténtica relación Médico-Paciente que se ha propuesto. Solo -- ahí será posible atender en forma integral y humanista a todos los seres humanos de nuestro país (3, 10).

El reto al que se han de enfrentar y tratar de vencer los médicos que hablan y escriben sobre la Relación Médico-Paciente, es el de no quedarse en subjetividades que, buenas ó malas, no sirven para que quienes los leen ó escuchan puedan manejar adecuadamente dicha relación. Según Laín Entralgo, todas las relaciones humanas se pueden dividir en dos grandes grupos: Las Objetivantes y las Interpersonales (14) .

Entre las variedades que existen de relación Objetivante, interesa a nosotros aquélla a la que podríamos llamar Relación Científica, que es la que establece el hombre de ciencia con el objeto que estudia y manipula. Puede hablarse también, de una relación técnica para designar a la que se en tabla entre el técnico y el objeto en que va a operar o a in-

tervenir. Por lo tanto, la relación técnica siempre va acompañada de una relación operativa. Las relaciones científica, técnica y operativa, se llaman Objetivantes por que convierten en un objeto al otro elemento de la Relación, un objeto que se trata de conocer, un objeto que se intenta manejar o manipular.

Antes de mencionar las relaciones de tipo interpersonal, es conveniente recalcar la importancia que se ha presentado en estos últimos años con respecto a la sensibilización del Residente de Medicina Familiar, tal y como lo revela el Dr. C. Kent Smith al subrayar dentro de los programas de residencia de la Universidad de Seattle, la conducta secuencial no-verbal en la entrevista Médico-Paciente, sin demandar una profundización tanto de la tecnología como de la humanística (13, 11, 20).

Dichos proedimientos se complementan con los estudios realizados por el Dr. Glenn en Columbia, al aplicar técnicas conductuales en los médicos residentes en relación con sus pacientes, llevando hasta las últimas consecuencias este tipo de interacciones, inclusive en otros círculos sociales, o grupos sociales como lo representan las escuelas (11).

Con lo que respecta a la relación interpersonal, no puede establecerse sino entre personas, entre seres humanos que no pierden aquel carácter. El amor con sus múltiples aspectos - amistad, amor filial, amor conyugal, amor médico es lo que las engendra y nutre. Se ama cuando se conoce, se comprende, se respeta, se busca el bien, el desarrollo del otro. y cuando esto produce una íntima y agradable satisfacción en el amante. El - -

amor-médico, germen y aliento de la verdadera Relación Médico-Paciente, es aquél que busca en el paciente-persona que el clínico conoce, comprende y respeta, el bien médico, la 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 hemos hecho referencia (12, 13).

La comprensión del paciente como persona, es el fin objetivo de la Relación de Carácter interpersonal con el Médico y que éste 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 sa- - lud.

Lo que Balint llama comprensión intelectual, es más bien un entendimiento intelectual o racional de cosas y fenóme- nos muy cercano ó idéntico al conocimiento racional, objetivo ó científico, al que conduce la relación objetivante. En cam- bio, lo que Balint llama comprensión emocional, es lo que noso- tros denominamos simplemente comprensión. La comprensión es en muchos de los sentidos más difícil, más complicada que el en- tender intelectualmente. Varias son las diferencias que exis- ten entre lo uno y lo otro; bástenos citar las siguientes ca- racterísticas de la primera, las cuales determinan las diferen- cias y dificultades antes mencionadas:

a).- Reciprocidad.

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

La reciprocidad es, como su nombre lo indica, una -
 doble acción. La comprensión del otro necesita al mismo tiempo
 la comprensión de nosotros mismos. Requiere de que percibamos
 las emociones nuestras y las ajenas y que sepamos, en lo que -
 toca a lo que sucede en la consulta, qué significan unas y - -
 otras para el médico y para el paciente. Mientras el lenguaje
 verbal generalmente es capaz de describir y comunicar la inter-
 lección de algo, la palabra hablada o escrita no es suficien-
 te, en la mayoría de los casos, para expresar las característi-
 cas de la comprensión del otro (7, 15, 16, 17, 18).

Tal vez la diferencia más importante entre el enten-
 der intelectualmente y el comprender, sea la identificación. -
 En efecto, este proceso es la base de toda comprensión. La - -
 Identificación médica es un proceso que requiere de cierto, -
 grado de esfuerzo conciente. Sin embargo, depende mucho más de
 la voluntad y, sobre todo, del deseo de comprender y de la ca-
 pacidad de simpatizar con el paciente.

Consumada la identificación, el médico debe salir -
 de ella para actuar, para pensar, para razonar como un profe-
 sionista con formación científica. Sin embargo, sus decisiones
 y comportamiento estarán enmarcados dentro de la identifica- -

ción, de la comprensión, del amor ó amistad médicos. Ya que to camos 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:

- a).- El ambiente y momento en que se desarrolla la comprensión.
- b).- El tipo de comunicación que se utiliza en la comprensión médica.
- c).- Las ligas emocionales que funcionan en la comprensión emocional médica y el carácter de éstas.
- d).- Las diferencias en el conocimiento teórico y práctico y en el rol social de los participantes en la comprensión médica (3, 4, 7, 15).

MATERIAL Y METODOS

Se aplicó una cédula de encuesta a 500 derechohabientes adscritos , 250 de ellos a 2 médicos familiares con curso de post-grado en Medicina Familiar, y el resto a 2 médicos familiares sin esta especialización. Dicha cédula constó de 18 reactivos, cuyas respuestas directas solamente presentan dos opciones. Se aplicó a derechohabientes adscritos a la U.M.F. No. 2 del INSS en Puebla, Pue., siendo el rango de edad de éstos entre los 10 y 60 años, sin limitación respecto a sexo, clase social, pertenencia cultural, ó grado de escolaridad.

De acuerdo a los objetivos del presente estudio, la cédula de encuesta consta de preguntas elaboradas tendientes a denotar el grado de satisfacción que se presenta en relación a derechohabientes -médicos, así como el grado de funcionalidad existente entre sus familias. De igual forma, se intentó establecer y/o descubrir la posibilidad de una diferencia entre la atención que se otorga por parte de los médicos egresados de un curso de especialización en Medicina Familiar y aquéllos médicos sin esta especialidad.

Se obtuvieron 9,000 datos, mismo que se procesaron para su estudio estadístico, haciendo uso de la X^2 (Ji cuadrada), Media y Mediana, presentando los principales datos a base de cuadros.

CEDULA DE ENCUESTA A DERECHOHABIENTES

- | | | |
|--|----|----|
| 1).- Es la primera vez que acude a consulta? | SI | NO |
| 2).- Acude con frecuencia a solicitar consulta? | SI | NO |
| 3).- Es buen el trato personal de su médico? | SI | NO |
| 4).- Considera educado o atento a su médico? | SI | NO |
| 5).- Conoce usted el nombre de su médico? | SI | NO |
| 6).- Considera capacitado a su médico? | SI | NO |
| 7).- Su médico le presta la atención necesaria durante la consulta? | SI | NO |
| 8).- Considera que el tiempo que le dedica su médico es el justo | SI | NO |
| 9).- Sabe usted si su médico familiar es especialista en esta rama? | SI | NO |
| 10).- Es el único médico familiar a quien ha consultado | SI | NO |
| 11).- Se siente a gusto con su médico familiar? | SI | NO |
| 12).- Considera a su médico familiar capaz de resolver problemas que no sean de orden estrictamente médico | SI | NO |
| 13).- Su médico Familiar le otorga sensación de tranquilidad y confianza? | SI | NO |
| 14).- Le confía los problemas familiares a su médico ? | SI | NO |
| 15).- Su médico familiar le auxilia en los problemas familiares? | SI | NO |
| 16).- Existe alguna identificación entre su familia, y el médico familiar? | SI | NO |

17).- Considera que la atención médica particular se interesa más en usted y en su familia, - comparativamente con la que recibe el médico familiar en el IMSS?

SI NO

18).- El alguna ocasión su médico familiar ha visitado su hogar?

si no

PRESENTACION DE CUADROS

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 1

Porcentaje y Grado de Significancia estadística Pregunta 1

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales.	
	No.	%	No.	%
	SI	75	30	77
NO	175	70	173	69.20
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Especifica

En el cuadro 1 se encuentra una P(SI): 0.90 y P(NO): 0.90, con mínimo diferencia estadística.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 2

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 2

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales	
	No.	%	No.	%
	SI	80	32	68
NO	170	68	182	72.80
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Especifica

En el cuadro 2 se encuentra una P(SI): 0.10 y P(NO): 0.01, con mejor significancia estadística en el segundo concep-
to

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 3

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 3

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re		Derechohabientes de médicos gene-	
	sidentes		rales.	
	No.	%	No.	%
SI	215	86	182	72.80
NO	35	14	68	27.20
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 3 se encuentra una $P(SI) : 0.02$ y $P(NO) : 0.0001$ con una diferencia porcentual importante en el primer concepto.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 4

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 4

	Derechohabientes de médicos ex-re		Derechohabientes de médicos gene-	
	sidentes		rales.	
	No.	%	No.	%
SI	196	78.40	215	86
NO	54	21.60	35	14
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 4 se encuentra una $P(SI) : 0.20$ y $P(NO) : 0.001$, con significancia porcentual por parte de los médicos generales con respecto al primer concepto.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 5

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 5

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes		Derechohabientes de médicos gene- rales	
	No.	%	No.	%
	SI	143	57.20	141
NO	107	42.80	109	43.60
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el Cuadro 5 se encuentra una P(SI): 0.50 y P(NO): 0.50 con lo que la diferencia porcentual no existe.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 6

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 6

	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales.	
	No.	%	No.	%
	SI	225	90	223
No.	25	10	27	10.80
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 6 se encuentra una P(SI): 0.90 y P(NO): 0.20, con lo que no se denota significado estadístico porcentual en ninguno de los dos conceptos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 7

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 7

Concepto	Derechohabiente de médicos ex-re sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales.	
	No.	%	No.	%
SI	155	62	135	54
NO	95	38	115	46
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 7 se encuentra $P(SI): 0.10$ y $P(NO): 0.05$, en donde se denota el inicio de una importancia estadística de predominio en el segundo concepto.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 8

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 8

Concepto	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales.	
	No.	%	No.	%
SI	81	32.40	80	32
NO	169	67.60	170	68
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 8 se encuentra $P(SI): 0.90$ y $P(NO): 0.90$, sin que exista una significancia porcentual entre ambos conceptos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 9

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 9

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales.	
	No.	%	No.	%
SI	30	12	7	2.8
NO	220	88	243	97.20
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 9 se encuentra $P(SI) : 0.0001$ y $P(NO) : 0.10$, con una mayor importancia estadística respecto al segundo concepto.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 10

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 10

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidente		Derechohabientes de médicos gene- rales	
	No.	%	No.	%
SI	140	56	131	52.40
NO	110	44	119	47.60
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 10 se encuentra $P(SI) : 0.50$ y $P(NO) : 0.30$, con una diferencia porcentual imperceptible entre ambos conceptos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 11

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 11

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales.	
	No.	%	No.	%
SI	199	79.60	208	83.20
NO	51	20.40	42	16.80
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 11 se encuentra $P(SI) : 0.90$ y $P(NO) : 0.20$. no encontrándose diferencias significativas entre ambos conceptos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 12

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 12

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales	
	No.	%	No.	%
SI	175	70	202	80.80
NO	75	30	48	19.20
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 12 se encuentra $P(SI) : 0.05$ y $P(NO) : 0.001$, dos significancias estadísticas localizadas dentro de ángulos de importancia e interés en ambos conceptos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 13

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 13

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales.	
	No.	%	No.	%
SI	174	69.60	180	72
NO	76	30.40	70	28
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 13 se encuentra $P(SI): 0.90$ y $P(NO): 0.50$ no existiendo diferencia porcentual importante entre ambos conceptos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 14

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 14

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes		Derechohabientes de médicos gene- rales	
	No.	%	No.	%
SI	113	45.20	91	36.40
NO	137	54.80	159	63.60
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 14 se encuentra $P(SI): 0.02$ y $P(NO): 0.05$, con importante diferencia en ambos rubros, sin que lle-
gue a discrepar en forma alterna los dos conceptos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 15

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 15

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes		Derechohabientes de médicos gene- rales	
	No.	%	No.	%
SI	151	60.40	145	58
NO	99	39.60	105	42
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 15 se encuentra $P(SI) : 0.50$ y $P(NO) : 0.90$, que de ninguna forma representan cambios importantes entre ambos conceptos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 16

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 16

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales.	
	No.	%	No.	%
SI	84	33.60	133	53.20
NO	166	66.40	117	46.80
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 16 se encuentra $P(SI) : 0.001$ y $P(NO) : 0.001$, ambos datos de gran importancia en cuanto a la signifi-
cación porcentual dada para cada uno de los rubros, existien-
do importancias significativas entre ambos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 17

Porcentaje y Grado de significancia estadística Pregunta 17

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales.	
	No.	%	No.	%
SI	148	59.20	108	43.20
NO	102	40.80	142	56.80
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 17 se encuentra $P(SI): 0.0001$ y $P(NO): 0.0001$, que, igual al cuadro anterior se empiezan a encontrar diferencias significativas entre ambos conceptos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 18

Porcentaje y Grado de significancia estadísticas Pregunta 18

Conceptos	Derechohabientes de médicos ex-re sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales.	
	No.	%	No.	%
SI	37	14.80	15	6
NO	213	85.20	235	94
Total	250	100	250	100

Fuente: Encuesta Específica

En el cuadro 18 se encuentra $P(SI): 0.001$ y $P(NO): 0.20$, discrepando en forma por demás considerable el primer concepto, tal vez el más significativo de todos.

RELACION MEDICO-PACIENTE

CUADRO 19

Grupos de edad y sexo de los derechohabientes encuestados.

Grupos de edad	Derechohabientes de médicos ex-re-sidentes.		Derechohabientes de médicos gene- rales.	
	M	F	M	F
10 - 19	15	17	9	7
20 - 29	60	41	58	35
30 - 39	28	29	31	33
40 - 49	19	25	20	30
50 - 59	9	7	11	16
TOTAL	131	119	129	121

Fuente: Encuesta Específica

CONCLUSIONES

Como resultado del método empleado, así como de el alcance de la muestra, considerándose ambos adecuados para obtener resultados confiables, se considera que los objetivos trazados, se vieron alcanzados en el término de la encuesta efectuada, lo suficiente para acercarse lo más posible a la realidad.

La media ó promedio de edad entre los derechohabientes del sexo femenino de el grupo de médicos ex-residentes, es de 26.20.

La media ó promedio de edad entre los derechohabientes del sexo masculino de el grupo de médicos ex-residentes es de 23.80

La media ó promedio de edad entre los derechohabientes del sexo femenino de el grupo de médicos generales es de 25.80.

La media ó promedio de edad entre los derechohabientes del sexo masculino del grupo de médicos generales es de 24.20

Acerca de la investigación de la asistencia del derechohabiente a la consulta externa, por primera vez, y en forma subsecuente y/o frecuente a ésta, se encontró lo siguiente: No existe una diferencia amplia entre estos dos grupos, siendo la significancia estadística de ambas de 0.9, 0.10 y 0.01 (Cuadros 1,2).

Con respecto a la opinión de la atención médica, así como de la satisfacción personal, existe una significancia estadística de 0.001, siendo mejor en el grupo testigo de médicos ex-residentes (cuadros 3,4,5).

Sobre el estado de eficiencia clínica del médico, se encontró que no existe una diferencia subrayable entre ambos grupos, presentando una significancia estadística por abajo de 0.05 (cuadros 6,7,8,9).

Sobre el estado de satisfacción con su médico familiar se recabaron datos en donde se aprecia una significativa estadística de 0.05 y en algunos casos de más, siendo favorable para con el grupo testigo (Cuadros 10,11,12,13).

Sobre la atención familiar, es en donde se aprecia una franca tendencia a favorecer al grupo testigo de médicos ex-residentes, ya que en la mayoría de los datos encuestados, se aprecian significancias estadísticas de 0.001 y más (cuadros 14,15,16,17,18.).

Contra la enunciado originalmente en la hipótesis -- del presente trabajo, se puede comentar en forma concluyente, que los médicos familiares que son egresados de un curso de especialización, se encuentran con tendencia al cambio, aun que en forma modesta en su inicio con respecto a la interacción -- existente entre éstos y sus pacientes, y lo que es más importante, entre éstos y sus familias.

Una de las diferencias más significativas, fué la --

que se encontró en el enunciado que nos habla de la atención a la familia, en donde precisamente se manejan conceptos como la penetración del médico en su medio familiar, el interés que se le otorga a las visitas domiciliarias y el respectivo conocimiento de la circunstancia en que se desenvuelven sus derechos, así como del auxilio que el médico puede llegar a representar para la resolución de los problemas familiares - que no necesariamente se encuentren dentro de un área técnica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Backer, C.: Difficulties in disability Assessment. J. --
Fam. Pract. 13(7): 1053-7, 1981.
- 2.- Balint, M.: El médico, el paciente y la enfermedad. 1a.
ed. Editorial Libros Básicos, Tomo II. Buenos Aires, - -
1981.
- 3.- Cárdenas, P.E.: Medicina Familiar en México. 1a. ed. Edi
torial IMSS, México, 1974, pp. 80-81.
- 4.- Carrillo, P.S.: Relación Médico-Paciente. 1a. ed. IMSS.
Puebla, Pue., México, 1979, pp. 1-38.
- 5.- Collado, A.P.: Médicos y Estructura Social. 1a. ed. Edi
torial del fondo de cultura económica, México, 1976 pp.
13-16.
- 6.- Coulter, F.D.: The practice of Family Medicine. 1a. ed.
E & S Livingstone, Edinburgh & London, 1971, pp. 93-102.
- 7.- Cueli, J.: Simposio Syntex. La Relación Médico-Paciente.
México, 1977, pp. 15-39.
- 8.- Davenport, P.K.; Jackson, A.E.: Use of aports medicine -
clinic in a family practice residency. J. Fam. Pract. - -
19(2): 225-228, 1984.
- 9.- Davidson, C.R.; Kahn, B.N.: A comparison of University Ba
sed and Community-Based Family practice Residency pro- -
grams. J. Fam. Pract. 18(4): 581-586, 1984.
- 10.- García, V.v.: Los aspectos sociales de la enseñanza de -
la medicina en América Latina. 1a. ed. Editorial IMSS, -

México, 1981, pp. 54-57.

- 11.- Glenn, K.J.; Reid, C.J.; Mahaffy, J.; Shurtleff, H.: Teaching behaviors at the Attending-Resident interaction. J. Fam. Pract. 18(2): 297-304, 1984.
- 12.- Jackson, M.; MacInnes, I.: Promotion and tenure in Family practice in US Medical Schools. J. Fam. Pract. 18(2) 435-439, 1984.
- 13.- Jerrom, D.W.: General Practitioners' satisfaction with a primary care clinical psychology service. J.R. Coll. Gen. Pract. 33(246): 29-31, 1983.
- 14.- Lafn-Entralgo, P: Historia Universal de la Medicina. -- 1a. ed. Salvat editores, S.A. Barcelona, 1975, pp.376-384.
- 15.- Martínez, C.F.: Consulta Médica y Entrevista clínica. - 1a. ed. Editorial Medicina del Hombre en su totalidad - México, 1979, pp. 42-56.
- 16.- Minuchins, S.: Familia y Terapia Familiar. 1a. ed. Editorial Granica, Barcelona, 1977, pp. 204-206.
- 17.- Navarro, R.: La relación Médico-Paciente. Rev. Fac. Med. 18:45, 1975.
- 18.- Ramirez, M. G. C.: Relación Médico-Paciente. 1a. ed. -- IMSS. Puebla, Pue., México, 1983, pp. 9-24.
- 19.- Schwenk, L.T.; Whitman, N.: Teacher-Learner contact time in a family practice residency. J. Fam. Pract. 18 -- (4): 617-618, 1984.

- 20.- Smith, K.C.; Larsen, K.M.: Sequential nonverbal behavior in the patient-physician interview. J. Fam. Pract. 18(2): 257-261, 1984.