



11226  
201.10

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Delegación Veracruz Sur  
Hospital General de Zona No. 8  
Unidad de Medicina Familiar No. 61

## Analisis de la Crisis en la Relación Medico-Paciente

### TESIS

Que para Obtener el Título de:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA

*Dr. José Antonio Allende Mata*



H. Cordoba, Ver:

1986

**TESIS CON  
ETIQUETA 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.

## I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
HIPOTESIS	7
OBJETIVOS	7
CONCEPTOS GENERALES	8
PROGRAMA DE TRABAJO	18
a) Material	
b) Metodología	
RESULTADOS Y ANALISIS	21
CONCLUSIONES	28
ALTERNATIVAS	30
ANEXO I	31
BIBLIOGRAFIA	37

## INTRODUCCION

La relación Médico-Paciente ocurre dentro de cualquier sistema de atención médica y es importante por ser el primer escalón para que el paciente ingrese al sistema de salud. El Médico Familiar tiene la responsabilidad de hacer más fácil la entrada al sistema; de lo que haga dependerá que se alcancen y perfeccionen los objetivos de los programas.

El encuentro entre Médico y Paciente, la forma en que se desarrolla y la atmósfera en que se lleva a cabo, constituyen el primer acto terapéutico del médico.

La auténtica relación Médico-Paciente sólo se puede realizar cuando se establece una relación íntima con el paciente, - que permite conocerlo a fondo, el conocimiento profundo de un paciente permite tratarlo en forma integral y radical, esto redundará no solo en la efectividad de las acciones médicas, sino en un importante ahorro de costos y tiempo: por concepto de recaídas y de cambio de médico.

La buena relación Médico-Paciente es la única forma de hacer Medicina Humana; y una cosa es cierta: No se puede curar a

quien no se conoce.

Quién nos dirá que para contar con una buena atención médica el único elemento importante es la buena relación Médico-Paciente.

Tomando en cuenta lo anterior y recordando las bases doctrinarias, objetivos y estrategias de la Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social, es necesario analizar la Relación Médico-Paciente en forma sistematizada. Con el propósito de implantar este procedimiento a la Relación Médico-Paciente, se formuló un cuestionario que la evalúe, cuya consecuencia sea el mejoramiento de la calidad de los Servicios Médicos, estableciendo la auditoría en beneficio de los Derechohabientes y para prestigio de nuestra Institución; enfatizando que este procedimiento no está dirigido a la fiscalización del trabajo de nuestros compañeros Médicos Familiares en forma negativa, sino por lo contrario tendiente a establecer incentivos para el mejoramiento de su labor.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Lacrisis de la Medicina moderna tiene múltiples manifestaciones. 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 fragmentación del hombre contemporáneo, que crea una contradicción artificial entre mundo interno y mundo externo, -- se ve reflejada por la Relación Médico-Paciente (1).

Si centramos ahora el análisis en la relación individual entre un Médico y un Paciente, conviene introducir el concepto de Feinstein: el estímulo iatrotrópico (2), 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 una enfermedad. Más aún, el estímulo iatrotrópico 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 solo un pre-

texto para satisfacer una necesidad más íntima, como la de comunicar una preocupación.

De acuerdo con Julio Frenk (3), para el médico institucional no existen las necesidades del paciente; solo las de él, como de cumplir con cierta cantidad de trabajo o de ganarse también un prestigio profesional y, así impone un interrogatorio en forma policíaca y elude cualquier pregunta del paciente.

En la Medicina institucional, la explotación es burocrática (4), llenar un cuestionario es algo que puede hacer una máquina todavía mejor que un ser humano. Lo que la máquina no puede hacer es acompañar a un enfermo en su sufrimiento, escuchar los problemas de un ser humano, relacionarse con un paciente, -- así es como la Relación Médico-Paciente se ve substituída por la Relación Máquina-Paciente.

Todo ello obliga a replantear la función de médico. El médico debe ser ante todo una persona capaz de acompañar y de -- promover un desarrollo permanente del individuo y de la sociedad (5), este es el verdadero compromiso del médico.

Entre Médico y Paciente empieza la interacción una vez que la puerta se abre (6); el doctor puede levantarse y llamar -

al paciente por su nombre, hacer contacto visual, sonreír, saludarlo cálidamente o sencillamente puede gritar "el que sigue" y continuar escribiendo la nota de la consulta anterior. La primera etapa de la consulta es para establecer la simpatía, para asegurar al paciente que el médico es amable y no tiene prisa; los ingredientes esenciales son mirar directo a los ojos del paciente y sonreírle, esto ayudará además al enfermo a ser objetivo.

Byrne y Long, (en 1976), trataron el tema con un estudio, el cual fue tan revelador como inquietante, 2500 consultas videograbadas y analizadas en su contenido y estilo; mostraron graves deficiencias en cuanto a la forma en que se conducían las entrevistas médicas, e hicieron sugerencias para su mejoramiento (7).

Hay que fortalecer la capacidad normativa y la eficacia de los programas de evaluación para describir, con la oportunidad necesaria, las desviaciones en cumplimiento de las funciones y, como consecuencia, en la calidad del cuidado de la salud (8).

El Médico Familiar es indispensable en los sistemas de Seguridad Social para la asistencia integral, en la búsqueda de una nueva "humanización de la Medicina".

Habr  un sistema que permita conocer la calidad de la -  
atención médica proporcionada a la población derechohabiente - -  
(9), mediante el cual se estimular  a los mejores médicos.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la mayoría de los médicos, hace una me-  
dicina sintomática que trata las manifestaciones exteriores de -  
la enfermedad, pero olvidan el proceso interior del individuo, -  
al imponer al paciente un rol pasivo, el no permitir un diálogo-  
abierto; el médico pierde una gran cantidad de datos valiosos, -  
lo que redundo en una pobreza terapéutica.

En la mayoría de las instituciones, los pacientes se --  
quejan, del mal trato que reciben del médico --descortesía, lar-  
gas esperas injustificadas, falta de información, establecimien-  
to de relación Máquina-Paciente o Machote-Paciente--, dándole --  
hasta ahora poca importancia al papel que desempeña la Relación-  
Médico-Paciente. Es por lo tanto, necesario analizar las carac-  
terísticas de la Relación Médico-Paciente, en forma sistematiza-  
da, orientada, tratando de definir los problemas y determinación  
de posibles soluciones.

## HIPOTESIS

La Relación Médico-Paciente se lleva a cabo en forma es tereotipada , con comunicación vertical; con lo cual disminuye - su calidad y ésta es reflejo de la crisis por la que atraviesa.

## OBJETIVOS GENERALES

1. Analizar los motivos de la alteración de la Relación Médico-Paciente en la consulta externa de la UMF 61 del IMSS. Córdoba, Ver.

2. Conocer la calidad de la Relación Médico-Paciente en la consulta externa de la UMF 61 del IMSS. Córdoba, Ver.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

A) Formular un cuestionario que evalúe la Relación-Médico-Paciente.

B) Analizar las deficiencias en cuanto a la forma en que se conduce la consulta médica.

C) Sugerir alternativas para mejorar la Relación Médi-

co-Paciente.

## CONCEPTOS GENERALES

La palabra "paciente", significa literalmente "uno que sufre", para el doctor, la palabra paciente viene a significar - "Alguien que me busca para recibir atención médica cuando está -- enfermo y me siento responsable por su salud".

Según, Julio Frenk, 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.

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 comportamientos 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?. Laín Entralgo afirma que el fundamento genérico de la relación médica radica en la ayuda que un hombre presta al necesitar de otro.

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 con las metas propuestas.

El médico no debe perder de vista que el enfermo iniciará 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, o incluso en el grado en que la personalidad del médico ejerza su efecto terapéutico, dado que parte de la influencia de este último es inespecífica y resultante de su posición de autoridad, poderes de sugerencia e influencia general.

Es por ello que los indicadores que el paciente selecciona para estimar la competencia del médico no necesariamente se refieren a aspectos técnicos, sino que puede utilizar indicadores que reflejan el interés del médico, su disponibilidad de tiempo, su capacidad de escuchar, la confianza que le inspira, etc.

En su parte medular la Relación Médico-Paciente se desarrollan en la consulta y es donde el elemento comunicación adquiere dimensiones notables, es esta experiencia de intercambio, la que los pacientes consideran como más importante en la creación de una relación adecuada. Es evidente que no todo el fenómeno es de tipo verbal, puesto que la comunicación no verbal que acompaña a la primera puede reflejar más claramente las emociones del médico y paciente. Entre los elementos que pueden mencionarse están: Tono e intensidad de la voz, fraseo de las emociones, expresión facial, postura del cuerpo, movimiento de las extremidades y particularmente de las manos, etc.

El proceso de consulta es extremadamente complicado, y este mecanismo será nuestra principal preocupación en este trabajo. ¿Qué motiva la consulta? ¿Por qué busca el paciente al doctor? No es suficiente tener un síntoma, si el síntoma empeora puede provocar ansiedad, o ésta ser provocada por fuentes externas (algún amigo o pariente que tuvo el mismo síntoma y agravó). La combinación de síntomas y ansiedad incita a actuar al paciente, al principio el individuo podrá comentar el síntoma con su conyuge o amigo, y la respuesta podrá eliminar la ansiedad, pero si los síntomas aún persisten esto podría provocar mayor ansiedad. La mayoría de las personas rehúyen ir a ver al médico por muchas razones, por ejemplo por no querer aceptar el "papel de enfermo".

La ansiedad actúa como la fuerza impulsora para traspasar la puerta y arriesgarse a los peligros que le esperan: A -- ser rechazado por preocuparse innecesariamente, o al descubri- - miento de una enfermedad grave.

La existencia de mayores dificultades para lograr ver - al médico incrementará la ansiedad, y ésta incitará a las perso- nas a que acudan a la consulta. Por lo tanto, se debe de facili- tar tanto como sea posible el acceso a la consulta. Si acuden - demasiados o se presentan "los que no deben" entonces correspon- de al doctor señalarles de manera positiva cuando una consulta - puede ser de utilidad, y cuando es mejor cuidarse de si mismo.

La reputación de la sociedad o el prestigio pueden afec- tar el éxito de una consulta antes de que ésta empiece, una bue- na impresión previa y una espera breve garantizarán que el pa- - ciente llegue con el doctor con el mejor ánimo posible.

Algunas observaciones preliminares ayudarán a que el pa- ciente esté menos tenso y garantizar que está listo para empezar mediante la descripción de su síntoma, o a explicar la razón de- su visita. Este es un momento crucial, cuando el enfermo tiene- que justificarse por "molestar al doctor". Si el médico puede - proyectar sus sentimientos de simpatía, esto ayudará al enfermo-

a ser objetivo.

Para un paciente es más fácil decir "Doctor tengo un dolor en el pecho" que comentar: "Estoy realmente preocupado de que pueda perder mi trabajo", o "Mi esposo murió hace un año y me siento muy deprimida". Aquí el nivel de ansiedad es peligrosamente elevado y se requiere darle seguridad al paciente de que no está bajo ninguna amenaza. Esto con frecuencia se logra mejor por medio de una explicación acerca de lo que está pasando, si el doctor no menciona la enfermedad en términos de que el enfermo pueda comprender, habrá fracasado. Cuando menos no debería decir; "Usted no tiene problema alguno", lo cual es otra forma de decir: "Me ha hecho perder el tiempo". Es muy diferente si lo comenta: "Le he examinado y no puedo encontrar evidencia alguna de una enfermedad grave", lo que puede ser cierto y reconfortante.

Muchas de las causas de una enfermedad se encuentran fuera de la comprensión del doctor, y ciertamente lejos de su campo de acción efectiva. La mayoría de los pacientes que vienen a ver a un médico están ansiosos de curar y de permanecer sanos, y por lo tanto están con una magnífica disposición mental para aceptar un acercamiento educativo, tanto para comprender y supe-

rar su problema actual, como para evitar la enfermedad o la incapacidad que pudiera presentarse en el futuro.

Si el paciente está angustiado, el médico es el más ansioso para aliviarlo puesto que hay un límite para la angustia que puede tolerar. Si es capaz de ver más allá del síntoma, pensaría dos veces antes de recetar los medicamentos para aliviar esta situación, el médico que ha abierto las puertas de los conflictos sociales y psicológicos de sus pacientes, generalmente tiene que recetar como una forma de no prolongar la entrevista, o para retirarse de una situación imposible. No todos los pacientes desean tranquilizantes cuando están disgustados, y en mi opinión, la atadura se está volviendo en contra de ellos. Lo que desean es una investigación acerca de las razones de esta angustia, y cierta comprensión de su situación, algunos enfermos, después de una prolongada y férrea lucha con sus médicos, terminan recibiendo recetas repetidas.

Quizás el objetivo tradicional de localizar la dolencia no siempre sea adecuado; un objetivo alternativo consistiría en proporcionar al paciente la oportunidad de comunicar lo que desea, y esto puede dar por resultado un contacto breve, intenso e íntimo, y todos los problemas que son puestos de manifiesto por este "Flash", pueden ser indagados en entrevistas posteriores; -

la aplicación de la técnica de "sintonización" permite al médico lograr cierta comprensión de lo que el paciente quiere realmente de él.

Un aforismo médico: "Escucha al paciente, él te está diciendo el diagnóstico".

Las limitaciones de tiempo propias de la consulta corriente, aunque imponen restricciones, pueden en realidad favorecer el surgimiento del "Flash".

El médico que utiliza la técnica del gran detective "escucha" con la mayor atención, observa todo cuidadosamente y, si es necesario examina concienzudamente todas las áreas que, en su opinión, pueden tener algo que ver con los problemas del paciente. En un sentido metafórico "No dejar piedra sin remover", este trabajo concienzudo requiere un tiempo considerable con entrevistas largas. Con la introducción de la nueva técnica, se espera de él no sólo que escuche con el mayor cuidado sino también que use sus observaciones con tanta habilidad como para no necesitar ya remover todas las piedras, sino inferir que piedras remover para obtener todos los indicios necesarios.

Con el método tradicional se asegura al médico un senti

miento de superioridad: Es él quien sabe más, es a él a quien se vuelve el paciente esperanzado y confiado, y es también él -- quien puede demostrar, gracias al éxito de su pericia para el -- diagnóstico, que la confianza en la superioridad de sus conocimientos y su capacidad era justificada. En nuestra nueva técnica todas estas experiencias gratificantes y reconfortantes tienen que ser abandonadas, ahora se espera del médico que, en vez de resolver interesantes rompecabezas y problemas, sintonizando exactamente la longitud de onda de las comunicaciones del paciente pueda responder a ellas impecablemente. La afinada "sintonización" que conduce a un Flash sólo puede lograrse si el médico es capaz de una amplia identificación con el paciente.

#### ALGUNOS ASPECTOS DE LA TÉCNICA DEL "FLASH"

- El médico debe darle al paciente la oportunidad de comunicarse.
- Las entrevistas deben ser breves.
- La fuerte intensidad del contacto.
- La libertad que se otorga al paciente, sin que se abuse del tiempo.

- La libertad que se otorga al médico para hacer sus propias observaciones.

- La disciplina que impone al médico al obligarlo a observar, durante entrevistas breves, no solo al paciente sino también sus propios pensamientos.

El Flash consiste en una toma de conciencia espontánea y mutua de algo importante para el paciente. El médico tiene que soportar la incomodidad de abandonar sus propias ideas sobre lo que puede estar sucediendo y "sintonizar" el sufrimiento del enfermo, el Flash se refiere a la forma de relación entre el médico y el paciente.

Hay estudios que han revelado que el tiempo medio necesario para que el médico haga los diagnósticos más obvios y tradicionales es de cuatro a siete minutos; pero hay sin embargo, muchos pacientes que día tras día consultan a sus médicos por afecciones que no encajan convenientemente en los diagnósticos tradicionales de los textos; Estos pacientes tienden a volver una y otra vez al médico, con una diversidad de síntomas que no parecen basarse en ningún proceso conocido, cuyas enfermedades están frecuentemente asociadas a perturbaciones de su estado emocional; con lo anterior se ha puesto de manifiesto que la droga-

más frecuentemente utilizada debe ser el médico.

La mercancía de la cual hay escasez siempre y en todas partes es el tiempo del médico, sean cuales fueren las predilecciones, el tiempo disponible es siempre limitado y, o bien está predeterminado por la personalidad del médico, o varía, dentro de ciertos límites, según la respuesta del médico a las necesidades del paciente.

Al resumir la importancia del factor tiempo en el ejercicio de la medicina; con la nueva técnica se trata de descubrir, o de velar, la índole de los verdaderos problemas del paciente --Cubiertos por el diagnóstico tradicional-- con su consiguiente solución, mediante la entrevista breve.

Espero que quede claro que no estamos ofreciendo una medicina de bajo nivel debido a la falta de tiempo. Ya que nuestra esperanza es que, al tratar de identificar lo que puede suceder durante las entrevistas breves en el consultorio, hayamos --progresado algo en el enfoque de muchos problemas, entre otros-- aquellos vinculados con una adecuada relación Médico-Paciente.

## PROGRAMA DE TRABAJO

## a) MATERIAL

Fruto de la experiencia teórica (6) (10) y práctica del investigador se formuló un cuestionario (anexo I) que evalúe la relación Médico-Paciente, con 30 preguntas objetivas, requiriendo 15 minutos para su aplicación, que pueda ser contestado por cualquier paciente de 15 a 60 años de edad. Eligiendo el paciente una de las tres opciones, casi siempre (2 puntos), algunas -- ocasiones (1 punto), difícilmente (0 puntos). Los puntos de cada una de las preguntas son totalizados y un total de:

50 a 60 sugiere excelente	20 a 30 regular
40 a 50 muy buena	10 a 20 mala
30 a 40 buena	menos de 10 muy mala

Dicho cuestionario solicita sexo, edad, ocupación y escolaridad. Se aplicó diario a 2 pacientes (antes de entrar a -- consulta) que ocupaban la mediana de la hoja 4 30 6 de un consultorio, se escogió cada semana un consultorio con su número progresivo, iniciando por el primero.

Posteriormente se efectuó análisis estadístico de los - datos obtenidos, se discutieron y se deducieron conclusiones.

. RECURSOS HUMANOS: El personal médico y los derechohabientes de la UMF 61 IMSS. Cordova Veracruz,

. RECURSOS MATERIALES: Cuestionario de evaluación - - (Anexo I) y forma 4 30 6 IMSS.

. RECURSOS FINANCIEROS: Los del propio investigador y se aprovecho en lo posible los del IMSS.

#### b) METODOLOGIA

. UNIVERSO DE TRABAJO: La población derechohabiente - asistente a la consulta de la UMF 61 IMSS. En Córdoba Veracruz.

. TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se aplicó el cuestionario en - 150 personas con las siguientes características: estar anotadas - en la forma 4 30 6 de la consulta de Medicina Familiar, de 15 a 60 años y con más de 5 consultas subsecuentes.

. LIMITE DE TIEMPO: Las 150 personas se entrevistaron en un tiempo máximo de 6 meses, a partir del primero de marzo de 1985.

. CRITERIOS DE EXCLUSION: Pacientes menores de 15 años y mayores de 60 años, pacientes de primera vez y pacientes Psiquiátricos.

. ORGANIZACION: El investigador (Residente de Medicina Familiar) se encargo de aplicar el cuestionario a los pacientes elegidos; invitándolos a pasar a uno de los salones anexos al departamento de Trabajo Social de la UMF 61 IMSS. Explicando el propósito del procedimiento, "con el fin de elevar la calidad de la Atención Médica".

El Dr. Severiano Pérez C. Médico Familiar y la Psicóloga Ma. Adelina Robles M. adscritos a la UMF 61 IMSS., se encargaron de supervisar y asesorar el trabajo de recolección de datos y redacción del trabajo.

## RESULTADOS Y ANALISIS

Como se puede observar en el cuadro No. I, encontramos que del total de nuestra muestra (150 pacientes), el 60% correspondió al sexo femenino, con lo cual nos damos cuenta que más del 50% de la demanda de consulta esta dada por mujeres.

CUADRO No. I  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
150 PACIENTES DE LA UNF 61  
IMSS. CORDOBA, VERACRUZ  
1985

GRUPOS DE EDADES	S E X O		TOTAL	%
	M	F		
15 a 19 años	6	9	15	10
20 a 24	8	7	15	10
25 a 29	9	13	22	15
30 a 34	7	15	22	14
35 a 39	9	12	21	14
40 a 44	8	13	21	14
45 a 49	5	7	12	8
50 a 54	4	9	13	9
55 a 60	4	5	9	6
T O T A L E S	60	90	150	100

Fuente: Anexo I aplicado

Con respecto a la edad de observa en el intervalo entre 25 a 29 años el mayor porcentaje de demanda de consulta, con un 15% del total de la muestra.

En la información recolectada por medio del Anexo I encontramos que el mayor porcentaje de demanda de consulta esta da do por la población económicamente inactiva; como son amas de ca sa y estudiantes, y solamente en un 25% la población trabajadora demanda consulta.

CUADRO No. 11  
 RESULTADO EN PORCENTAJE DE LA EVALUACION  
 DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE  
 150 PACIENTES DE LA UMF 61 IMSS  
 CORDOBA, VER. 1985

EVALUACION	No. PACIENTES	% DEL TOTAL
Excelente		
Muy Buena	75	50 %
Buena	52	35
Regular	23	15
Malas		
Muy Malas		
TOTALES	150	100 %

Fuente: Anexo I aplicado

Mediante el Anexo I, se evaluó la Relación Médico-Paciente entre 150 pacientes y sus respectivos 15 Médicos Familiares; (Cuadro No. II) sin encontrar una Excelente, pero si en un 50% una Muy Buena Relación Médico-Paciente, Buena en un 35% y Regular en un 15%.

CUADRO No. III  
PREGUNTAS CON MAYOR ALTO PORCENTAJE DE SELECCION  
DEL ANEXO I  
POR 150 PACIENTES DE LA UMF 61 IMSS  
CORDOBA, VER. 1985

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO POR SU No. PROGRESIVO	CASI SIEMPRE	ALGUNAS OCASIONES	DIFICIL- MENTE
2	35 %	65 %	
4	35	65	
8		85	15 %
10		100	
12		100	
14		85	15
16		85	15
17		85	15
19		85	15
22	50	50	
26		100	
29		85	15

FUENTE: Anexo I aplicado

Analizaremos las 12 preguntas del Anexo I, del Cuadro - No. III, por considerarlas la columna vertebral de la Relación - Médico-Paciente y por haber encontrado en ellas un alto porcentaje de selección de la opción --algunas ocasiones--.

En relación a las preguntas 2 y 4 del Anexo I:

2. Al entrar al consultorio el médico es amable.
4. El Médico le provoca simpatía

La opción más seleccionada fué --Algunas ocasiones-- en un 65% de nuestra muestra, por lo que consideramos en este porcentaje alterada la Relación Médico-Paciente en su primera etapa ya que ésta es para establecer la simpatía, para asegurar al paciente que el médico es amable y no tiene prisa, lo que ayudará al paciente a estar menos tenso y garantizar que está listo para iniciar mediante la descripción de su síntoma y explicar la razón de su visita.

Con respecto a la pregunta 8 del Anexo I:

8. Siente que el médico considera sus problemas como - usted los siente.

En la opción --Algunas ocasiones-- fué seleccionada en un 85% de nuestra muestra, lo que es alarmante ya que con esta idea un paciente aumentará su angustia y tendrá dificultad para ser objetivo, alterandose los canales de la comunicación, y con esto se verá alterada la Relación Médico-Paciente; dificultando la solución consiguiente de su problemática.

En las preguntas 10 y 12 del Anexo I:

10. Comenta con el médico todo lo que tiene en mente.
12. El médico le facilita a usted a que se explique.

La opción --Algunas ocasiones-- fué seleccionada en un 100% de nuestra muestra, lo que nos dice: que en la forma de conducir las entrevistas médicas se encuentran alterados los canales de comunicación, y así se impone al paciente un interrogatorio en forma policiaca transformandose la Relación Médico-Paciente a una relación Máquina-Paciente.

En las preguntas:

14. El médico le explica lo que le está pasando y le da tranquilidad.

16. El médico le pregunta su opinión con respecto a su enfermedad y posibles causas.
17. Comenta el médico con usted, acerca de sus problemas familiares, de trabajo, etc.
19. Su médico cura su angustia o preocupación.

La opción más seleccionada fué --Algunas ocasiones-- -- llegando a un 85%, reflejando que para el médico no existen las necesidades del paciente, que el médico no abre las puertas de los conflictos Psicosociales de sus pacientes, impidiendo que el paciente comunique lo que desea, así al no conocer a su paciente el médico no logra abordar sistemáticamente los sentimientos de sus pacientes.

En la pregunta:

22. Su médico detecta la razón real por lo que acude a consulta.

La opción --Algunas ocasiones-- fué seleccionada en un 50% reflejando que la mitad de las consultas no están resolviendo los problemas, por falta de detección de estos; ya que si no existe una adecuada Relación Médico-Paciente el paciente pierde objetividad, o no se expresa por temor a ser rechazado, ¡por - -

preocuparse demasiado!, y por parte del médico: quien trata de manejar la situación según su opinión, sin "sintonizarse" con el paciente.

En la pregunta:

26. Su médico conversa amigablemente.

La opción --Algunas ocasiones-- fué seleccionada en un 100%; mostrando que para nuestros pacientes, los médicos manejan la Relación Médico-Paciente carente de calor humano.

En la pregunta:

29. Su médico tiene verdadero interés por su Salud.

La opción --Algunas ocasiones-- fué seleccionada en un 85%, vislumbrando, que para nuestros pacientes no hay un genuino interés por ayudarlos a resolver sus problemas de salud, por lo que no se lleva una Buena Relación Médico-Paciente; ya que ésta relación inicia de un genuino interés del médico por ayudar al paciente.

## CONCLUSIONES

A pesar de que encontramos en un 50% de nuestra muestra que se lleva a cabo una muy buena Relación Médico-paciente; los testimonios recogidos deben de interpretarse con un sentido constructivo y no de censura emocional.

Ya que analizando las deficiencias en cuanto a la forma en que se conducen la consulta médica encontramos:

- Que hay una falta de interés por parte del médico -- por ayudar al paciente.
- Falta de calor Humano durante las consultas Médicas.
- Desconocimiento por parte del médico y mal manejo de los fenómenos presentes en la consulta médica (transferencia, -- contratransferencia, estímulo iatrotópico, etc.).
- Deterioro de las vías de comunicación entre médicos- y pacientes (machote-paciente).
- Falta de manejo de la Unidad Biopsicosocial por parte

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

del médico, hacia el paciente.

Con lo anterior alcanzamos los objetivos de nuestra investigación con la comprobación de la HIPOTESIS:

"La Relación Médico-Paciente se lleva en forma estereotipada, con comunicación vertical; con lo que disminuye su calidad y ésta es reflejo de la crisis por la que atraviesa".

## ALTERNATIVAS

Para mejorar la Relación Médico-Paciente sugerimos: En primer término, que todo médico tenga conocimiento de lo que es la relación Médico-Paciente; con el conocimiento de los diferentes fenómenos que se manifiestan dentro de esta (transferencia, contratransferencia, estímulo iatrogénico, etc.), con su manejo adecuado, y así pueda contestarse ¿Qué motiva la consulta?, ¿Qué busca el paciente del doctor?, ¿Cuál es la función del Médico?.

Sugerimos desarrollar la capacidad de comunicación --tanto para escuchar como para expresarse-- y, en segundo lugar, de inducir al médico a abordar al paciente en un contexto social total cuando hace el Diagnóstico y planifica el curso de la terapéutica.

La primera etapa de la consulta es para establecer la simpatía, para asegurar al paciente que el doctor es amable y no tiene prisa; los dos ingredientes esenciales son mirar directo a los ojos del paciente y sonreírle. Si el médico puede proyectar sus sentimientos de simpatía, esto ayudará al enfermo a ser objetivo. Durante la entrevista médica se asegurará de que cada uno sepa la identidad del otro. Verificar que el enfermo

se sienta cómodo y tan tranquilo como sea, ¡Será mejor que su pluma esté sobre el escritorio y no colocada sobre recetario! Si el paciente está tenso se requiere de cierta plática breve antes de comenzar la consulta. Cuando el paciente ha expuesto su problema es conveniente que el médico haga un resumen de éste para que el enfermo confirme que ambos lo ven en la misma forma.

En los casos de pacientes que consultan por afecciones que no encajan convenientemente en los diagnósticos tradicionales y tomando en cuenta las limitaciones de tiempo propias de la consulta, sugerimos su manejo mediante la técnica "FLASH" de Balint, E. (11), en los casos apropiados.

Sugerimos introducir en las reuniones médicas, de las Unidades de consulta de Medicina Familiar; Tópicos sobre la Relación Médico-Paciente, con la finalidad de sensibilizar al personal hacia una BUENA RELACION MEDICO-PACIENTE.

Eso sí, el reaseguro que garantiza la supervivencia de la Buena Relación Médico-Paciente está en el médico mismo. El motivo capital para conservar el optimismo, reside en que:

"A LOS MEDICOS LES GUSTA EL CONTACTO CON LOS PACIENTES".

Si no les apasionara el trato con la gente, la mayoría de ellos habría seguido la carrera de Química o Veterinaria.

## ANEXO 1

Análisis de la Crisis en la Relación Médico-Paciente  
en la consulta de la UMF 61 IMSS

ESTIMADO DERECHAHABIENTE:

Usted solicita consulta en esta UMF 61 IMSS. Córdoba, - Ver. nos conoce así como a nuestro trabajo; con el deseo de mejorar nuestros servicios, deseáramos saber su opinión acerca de su consulta médica, por lo que le rogamos contestar el cuestionario Anexo, marcando con una "X" en la columna de la respuesta seleccionada. No tendrá que emplear más de 10 min. en llenarlo.

Le suplicamos que su contestación sea lo más justa posible y sin prejuicios, no es necesario firmarla.

¡MUCHAS GRACIAS!

Casi siempre	Algunas ocasiones	Dificil- mente
-----------------	----------------------	-------------------

1. El médico lo llama por su nombre.
2. Al entrar al consultorio el médico es amable.
3. Está tranquilo(a) cuando pasa a ver al médico.
4. El médico le provoca simpatía.
5. El médico le da confianza para expresar sus sentimientos.
6. El médico lo(a) escucha con atención.
7. Tiene problemas para hacerse entender con su médico.
8. Siente que el médico considera sus problemas como usted los siente.
9. El aspecto del médico, su forma de hablar y modales, le causan un efecto confortador.
10. Comenta con el médico todo lo que tiene en mente, con respecto a su enfermedad.
11. Su médico le hace sentir que tiene suficiente tiempo para escucharlo.
12. El médico le facilita a usted a que se explique.
13. El médico le interroga, atiende con amabilidad.

Casi siempre	Algunas ocasiones	Difícilmente
--------------	-------------------	--------------

14. El médico le explica lo que le está pasando y le da --- tranquilidad.
15. Le da el nombre de la enfermedad que padece.
16. El médico le pregunta su -- opinión con respecto a su - enfermedad y posibles causas.
17. Comenta el médico con usted acerca de sus problemas familiares, trabajo, etc.
18. Siente usted que su médico lo receta con paciencia y - tranquilidad.
19. Su médico cura su angustia o preocupación.
20. Su médico utiliza más de 10 min. en consultarlo.
21. Tiene usted confianza en su médico.
22. Su médico detecta la razón real por lo que acude a consulta.
23. El médico lo explora y revisa bien.
24. El médico le hace preguntas importantes con respecto a su motivo de consulta.

Casi siempre	Algunas ocasiones	Difícilmente
--------------	-------------------	--------------

25. Ve usted a su médico demasiado seguro de sí mismo.
26. Su médico conversa amigablemente.
27. Siente que las medicinas -- recetadas le van hacer bien.
28. Queda satisfecho con la labor de su médico.
29. Su médico tiene verdadero interés por su salud.
30. Considera que su médico está bien preparado para darle la atención que usted -- se merece.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cueli, J.: Vocación y Afectos. México, edit. Limusa, Wiley-1973.
2. Feinstein, A.R.: Clinical Judgement. Baltimore, The Williams and Wilkins Company, 1967.
3. Frenk, J, López Acuña, D.: "Medicina Liberal y medicina Institucional en México", Salud Pública en México. En publicación.
4. Jores, A.: La medicina en la crisis de nuestro tiempo. México, Siglo XXI editores, 1967.
5. Cueli, J. y Biro, C.E.: Psicocomunidad. Englewood Cliffs, editorial Prentice/Hall internacional, Nueva Jersey, 1975.
6. Pritchard, P.M.: Manual de atención médica básica, México, IMSS. 1982.
7. Byrne, P. and Long, B.E.: Doctors talking to patients. A Study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in the ir sugeries. London, HMSO, 1976.
8. Mac Gregor, C.: Políticas para la atención médica. Rev. Med. IMSS. Méx. Vol. 21 num. 6, 1983.
9. Valdés, D.J.: La Medicina Familiar en el IMSS., Rev. Med.-IMSS. Méx., Vol. 21 num. 6, 1983.

10. Fajardo, O.G.: Las Relaciones Públicas en los servicios médicos, Limusa, Méx., 1976.
11. Balint, E. y Norell, J.S.: Seis minutos para el paciente, - edit. Paidós, Buenos Aires, 1979.