

11236
201.47

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Residencia de Medicina Familiar
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 52
MÉRIDA, YUCATÁN



Ansiedad y su Relación con la Entrevista Clínica

Estudio efectuado en la Consulta Externa de
Medicina Familiar de la Unidad de Medicina
Familiar No. 52 del Instituto Mexicano del
Seguro Social de Mérida, Yucatán

TESIS DE POSTGRADO

EN OPCION AL TITULO DE:

Especialista en MEDICINA FAMILIAR

PRESENTADA POR:

Dr. Alberto Gamboa Pacheco

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

1 9 8 7



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.

CONTENIDO

	Pág.
1.- Justificación.	1
2.- Marco Teórico.	2
3.- Planteamiento del Problema.	8
4.- Hipótesis.	10
5.- Material y Métodos.	11
A) Conceptos.	11
B) Universo.	12
C) Criterios de Inclusión.	13
D) Criterios de No Inclusión.	13
E) Tamaño de la Muestra.	13
F) Límites del Trabajo.	14
G) Recursos.	14
H) Metodología.	15
6.- Resultados del Trabajo.	16
7.- Verificación de la Hipótesis del Trabajo.	17
8.- Conclusiones y sugerencias.	19
9.- Bibliografía.	20

JUSTIFICACION

La entrevista clínica implica una relación particular entre el paciente y el médico. Esta relación es el núcleo de la asistencia médica.

El paciente como el médico asumen un rol - determinado por la familia y la sociedad - respectivamente.

La relación Médico Paciente se realiza en distintos planos cuya finalidad de la misma debe ser humanizadora.

Como proceso esta relación obedece a la -- multicausalidad.

La ansiedad es un motor de esta relación, la cual debe ser vigilada su aparición. Si es excesiva o no se comprende el beneficio puede no ser significativa para ambas partes durante la entrevista.

La ansiedad es una desorganización de las pautas reaccionales entre los participantes.

La consulta médica es un acto de presen- -
cias: la del médico y la del paciente, que
dan lugar a una relación médico-paciente -
motivadas por una necesidad de apoyo por -
parte del facultativo con motivo de un pro-
blema de Salud. Cuya raíz por parte del -
médico estriba en una disposición afectiva
de proporcionar ayuda y además, en la pre-
paración científica y técnica necesarias -
para llevarla a cabo.

En la estructura interna de esta dinámica
se distinguen dos acciones: la cognociti--
va, que es objetiva y analítica y la de --
identificación médica, proceso afectivo di-
rigido a la comprensión del paciente.

La comunicación verdadera tiene como obje-
tivo la superación de ambos a través del -
diálogo, sin que haya al final de la misma
un vencedor o vencido, sino dos seres dife-
rentes y mejores que antes.

El primer obstáculo para una buena comuni-
cación es el lenguaje que nos sirve para -
manifestar nuestros pensamientos, dice más
o menos una parte de lo que pensamos y po-
ne una valla infranqueable a la transmi- -

sión del resto. Siendo el lenguaje un código cuya emisión e interpretación están expuestos a muchos imponderables y subjetividades (1). El lenguaje es por esencia diálogo existencial dice Paul Freire y es auténtico cuando a través de él existe reconocimiento de sí en el otro (2).

La relación médico-paciente se reduce a un momento en el que el paciente, conciente de su situación acepta la participación operativa y cognoscitiva de un experto de la salud con el fin de resolver dentro de las posibilidades médicas su problema. En este momento existe un doble reclamo por parte del enfermo: atención frente a su problema de salud y auxilio como apoyo psicológico. Sin embargo esta situación por sencilla que parezca es más compleja debida a la intervención de otros factores. La relación no sólo se limita a ambos personajes sino que adquiere un significado social. La familia o allegados del paciente intervienen en forma por demás importante, por lo que no es raro que se establezcan equipos del tipo familia-enfermo versus médico, enfermo-médico versus familias (1) - (6).

Parsons dice que dependiendo de la interre

lación que logren establecer dependerá el resultado de ésta y de la solidaridad será la confianza de uno al otro.

Blomm considera que la adecuación de las funciones de uno y otro depende en gran medida el resultado de esta relación (3).

Ya establecida la relación médico-paciente se desarrolla en distintos planos. El científico integrado por una etapa cognoscitiva la cual es la enfermedad o enfermedades que aquejan al paciente; una segunda operativa enfocada al alivio, curación o rehabilitación del enfermo; una tercera afectiva, como consecuencia natural de toda interrelación humana en donde aparecen angustia, solicitud de ayuda, entrega, confianza, sinceridad, fe (1).

El médico como el enfermo adoptan un papel. El del enfermo es indeseable por lo que a la enfermedad implica, por la pérdida del papel anterior (sano), por la obligación de solicitar ayuda médica y cooperar con ella. El papel del médico es proporcionar ayuda solicitada a través de su máximo esfuerzo y los recursos óptimos vigentes, a fin de resolver con el mínimo de secuelas y en el menor tiempo posible el problema que aqueja al enfermo (1) (7) (8).

En cada entrevista hay un contexto definido en el que influyen las variables del entrevistador como son su actitud, contratransferencia, etc.; el entrevistado que incluye la transferencia, rasgos del carácter, etc.; la relación interpersonal, donde se incluye la interacción entre ellos, el proceso de comunicación verbal y no verbal, la ansiedad, etc.

En este marco la ansiedad constituye un índice de la entrevista. Debe ser vigilada no sólo su aparición sino su grado e intensidad, porque si bien es dentro de determinados límites el motor de la relación interpersonal, ésta puede quedar perturbada e incontrolada si sobrepasa cierto nivel. Entrevistado y entrevistador se enfrentan a una situación desconocida, ante la cual no tienen todavía estabilizadas pautas - - reaccionales adecuadas, y la situación no organizada implica una desorganización de la personalidad de cada uno de los participantes; esa desorganización es la ansiedad. Si no se tolera por el entrevistador se recurre a mecanismos de defensa (formalismo, racionalización, etc.) para disiparla. La ansiedad debe ser manejada comprendiendo - los factores por los cuales aparece y debe

tenerse siempre en cuenta el beneficio que pueda significar para el entrevistado (4) (5). El proceso de la relación médico-paciente obedece por tanto a la multicausalidad (3).

Aunque el síntoma ansiedad es considerado como el factor primario de la conformación de síndromes psiquiátricos y síntoma común de entidades nosológicas como en el grupo de la Neurosis (7) aquí las consideraremos conceptualizada según Spielberger en Ansiedad Estado (SXE), y Ansiedad Rasgo (SXR). Los conceptos de Estado y rasgo pueden concebirse como análogos de energía cinética y potencial en física.

El estado se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad.

El rasgo indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción e implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de ansiedad-estado.

Pudiéndose anticipar que quienes califican alto en rasgo, exhibirán elevaciones en --

ansiedad-estado más frecuentemente que los que califican bajo en ansiedad rasgo. Las personas que tienen alta la A-rasgo también más probablemente responderán a un incremento de A-estado en situaciones -- que implican relaciones interpersonales -- que amenazan la autoestima (9) para el caso la entrevista clínica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

MAGNITUD.- Obtenida de la cita bibliográfica # 7 de un estudio comparativo efectuado en la población de rechohabiente del IMSS realizado por el Dr. Pérez et al, donde la ansiedad manifiesta fue - de 36%.

TRASCENDENCIA.- Del grado de la presencia de la ansiedad dependerá el resultado de la entrevista.

FACTIBILIDAD.- En toda entrevista clínica la ansiedad puede ser reconocida, manejada y controlada haciendo que la relación médico-paciente tenga carácter humanizador.

VULNERABILIDAD.- Sujeta a factores tanto - del entrevistado como del entrevistador, en donde la disposición afectiva del médico redundará en la comprensión del problema de salud del paciente lo

que incidirá en la disminución de la ansiedad y satisfacción - de la necesidad de apoyo que se demande.

HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA (H_0): No hay diferencia de ansiedad en el grupo de pacientes derechohabientes que se entrevistan y el grupo -- control (familiares o acompañantes) en la consulta externa de medicina familiar.

HIPOTESIS ALTERNA (H_1): Hay diferencia de ansiedad en el grupo de pacientes derechohabientes que se entrevistan y el grupo -- control (familiares o acompañantes) en la consulta externa de medicina familiar.

MATERIAL Y METODOS

Se encuestaron a 177 pacientes después que demandaron consulta e igual número de acompañantes que aguardaban su salida, conformándose dos grupos para efectos del estudio diferenciándose por el hecho de consultar. Provenientes estos del consultorio # 11 de la Unidad de Medicina Familiar -- # 52 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Mérida, Yucatán, durante un período de 75 días.

Se captó información a través del Inventario de Ansiedad: Estado-Rasgo de Spielberger por medio de 20 ítem en cada dimensión con rangos de calificación para cada una de 20 a 80.

Se calificó la diferencia de Estado-Rasgo en el grupo consultante y acompañante comparándose los resultados.

Usándose prueba paramétrica T de Student.

A) CONCEPTOS

ANSIEDAD ESTADO: Es la condición o estado emocional transitorio del organismo, que se caracteriza por síntomas de tensión y aprehensión subjetivamente concientes per-

cibidos pudiendo variar en intensidad y -- fluctuación a través del tiempo y manifestados por una actividad aumentada del sistema nervioso autónomo.

ANSIEDAD RASGO: Son las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas -- como amenazantes con elevaciones en la intensidad de ansiedad estado.

ENTREVISTA CLINICA: Es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas.

B) UNIVERSO

Todos los pacientes que acudan a solicitar consulta y acompañantes que pertenezcan al consultorio # 11 de la UMF # 52 del IMSS -- de la ciudad de Mérida, Yuc., en los horarios de 14 a 17 hrs. y de 17 a 20 hrs., -- conformando los dos grupos para los efectos de la investigación, del 10. de septiembre al 15 de noviembre de 1986.

C) CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes que demanden atención médica en el consultorio # 11 de la UMF # 52 del - - IMSS en el horario mencionado.

Sean derechohabientes.

Familiares de los pacientes que no entren a consultar.

Acompañantes no familiares que no consulten.

Ambos sexos.

Sepan leer y escribir de 18 a 64 años.

Acepten contestar el inventario.

D) CRITERIOS DE NO INCLUSION

No acepten contestar el test.

No sean derechohabientes.

No acudan a demandar consulta.

E) TAMANO DE LA MUESTRA

Se obtuvo mediante la fórmula siguiente - propuesta y aceptada por el Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde:

$$N = \frac{z^2 (p \cdot q)}{d^2}$$

donde:

N = Tamaño de la muestra

Z^2 = Area comprendida debajo de la Curva de Gaus

p = Probabilidad de que ocurra el fenómeno.

q = Probabilidad de que no ocurra el fenómeno.

d^2 = Nivel de precisión con el que se va a trabajar, determinado por el investigador.

Sustituyendo la fórmula:

$$N = \frac{(1.96)^2 (36.84)}{(5)^2} = 354$$

Tamaño de la muestra de 354.

F) LIMITES DE TRABAJO

A) TIEMPO: del 20 de agosto al 20 de diciembre de 1986.

B) Geográfico: Consultorio II turnos AC y BD de la UMF # 52 del IMSS, Mérida, Yuc.

G) RECURSOS

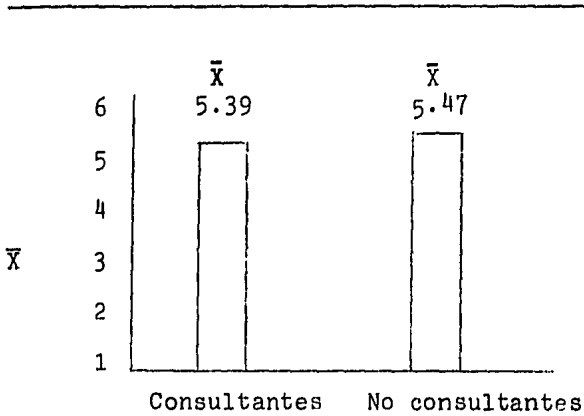
A) HUMANOS: el investigador.

B) MATERIALES: Papelería, plumas, fotocopias, lápices, máquina de escribir, etc.

H) METODOLOGIA

- a) Protocolo de investigación.
- b) Realizar la investigación bibliohemero--
gráfica.
- c) Establecer objetivos.
- d) Formular la hipótesis.
- e) Delimitar el universo.
- f) Definir la muestra (tamaño de la mues--
tra, criterios de inclusión, de no in--
clusión).
- g) Recolección de datos.
- h) Ordenamiento de datos.
- i) Análisis e interpretación de datos.
- j) Resultados.
- k) Conclusiones y sugerencias.
- l) Bibliografía.
- m) Publicación en forma de tesis.

RESULTADOS



Promedios de calificación de ansiedad en -
ambos grupos de la escala de medición de -
Spielberger.

VERIFICACION DE HIPOTESIS

Para comparar la ansiedad entre el grupo de consultantes y el grupo de familiares o acompañantes de los primeros se usó la prueba paramétrica T de Student, estimándose se datos por paquete de T para computadora. Comparando dos muestras independientes, con promedio y desviación estandard iguales. Siendo la fórmula la siguiente:

$$T = \frac{\bar{X} A - \bar{X} B}{\frac{V A}{n A} + \frac{V B}{n B}}$$

donde:

$\bar{X} A$ = Valor de la media del grupo A

$\bar{X} B$ = Valor de la media del grupo B

V A = Varianza de la media del grupo A

V B = Varianza de la media del grupo B

n A = # Total de sujetos del grupo A

n B = # Total de sujetos del grupo B

nA y nB = Pueden ser o no el mismo número.

Sustituyendo:

$$T = \frac{-5.40 - -5.47}{\frac{2.91}{177} + \frac{3.23}{177}} =$$

$$\frac{0.07}{.016+.018} = 2.2749$$

Siendo la T_c de 2.27 comparándose con la T_t de 1.96 a una significancia de .05 se rechaza la H_0 , con 352 grados de libertad, aceptándose H_1 .

La ansiedad producida en el grupo de pa- -
cientes que recibieron atención médica - -
fue diferente a la del grupo control obser
vándose menor ansiedad promedio en el pri-
mer grupo.

La entrevista clínica alivia la ansiedad -
del paciente.

Aunque los resultados se obtuvieron de la
muestra de un consultorio, con estudios --
posteriores puede investigarse esta varia-
ble en una muestra de la población de dife
rentes consultorios.

BIBLIOGRAFIA

1. Harreman CR. Medicina Humanística Análisis informativo y crítico de la Medicina actual. México: Nueva Editorial Interamericana, 1984.
2. Treviño N, García M. La relación Médico-Paciente. Gaceta Médica de México, - 1978.14: 235-248.
3. Chávez AV, Flores MC. La Relación Médico-Paciente como producto del fenómeno social. Departamento de Enseñanza e Investigación de la UMF # 20 del IMSS Delegación 2 Valle de México, 1981.
4. Datz L. La Entrevista Clínica. Departamento de Enseñanza e Investigación de UMF # 52 del IMSS Delegación # 3 Valle de México, 1981.
5. Blueguer J. Temas de Psicología Entrevista y grupos. Argentina. Ediciones - Nueva Visión, 1983.

6. Chávez AV. La relación Médico-Paciente en la Medicina Institucional. Departamento de Enseñanza e Investigación de la UMF # 20 Delegación 2 Valle de México del IMSS, 1981.
7. Pérez TM, Aguilar MM, Ruiz ML, Contreras LC. El síntoma Ansiedad en la población del Médico Familiar y del Psiquiatra, en una clínica de la Consulta Externa del IMSS Estudio comparativo. Bol. Med. IMSS 1979; 21: 169-174.
8. Datz L. La relación Médico-Paciente. Departamento de Enseñanza e Investigación de la UMF # 20 Delegación 3 Valle de México del IMSS, 1981.
9. Spielberger CD, Díaz-Guerrero R. IDARE inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. - Manual Moderno, México. 1975.