

11241
297



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE
I. S. S. S. T. E.**

**CAUSAS POR LAS CUALES UN PACIENTE
RECHAZA UN TRATAMIENTO MEDICO
EN HOSPITAL GENERAL
ESTUDIO PRELIMINAR**

TESIS DE POSTGRADO

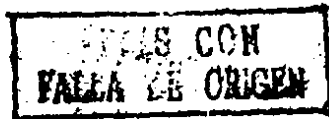
**PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N
P S I Q U I A T R I A
P R E S E N T A :
DR. JAIME RUIZ ORNELAS**



ISSSTE

Mexico, D. F.

1988





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE GENERAL.

	Páginas
I.- CONCEPTOS BASICOS:	
A. INTRODUCCION	1
B. RELACION MEDICO-PACIENTE.....	2
C. INFORMACION AL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO.	12
D. EXPECTATIVAS DEL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD.....	16
E. EXPERIENCIAS DESAGRADABLES EN INTERNAMIENTOS PREVIOS.....	16
F. AMBIENTE HOSPITALARIO.....	17
II.- TRABAJO DE INVESTIGACION:	
A. PLANTEAMIENTO.....	18
B. OBJETIVOS.....	18
C. JUSTIFICACION.....	19
D. TIPO DE INVESTIGACION	19
E. MATERIAL Y METODOS	19
III.- RESULTADOS:	
A. SUJETOS ESTUDIADOS.....	24
B. DATOS VARIABLES DEMOGRAFICOS.....	24
C. DATOS DE VARIABLES PRIMARIAS.....	28
D. DATOS DE VARIABLES SECUNDARIAS.....	31
IV.- DISCUCION.....	31
V.- CONCLUSIONES.....	34
VI.- BIBLIOGRAFIA.....	36

I. CONCEPTOS BASICOS.

A. INTRODUCCION.

El rechazo del tratamiento es una de las mayores crisis en el curso del tratamiento médico y quirúrgico, porque puede tratarse de la última resolución positiva del problema del paciente. Con la explosión tecnológica el tratamiento médico y las intervenciones quirúrgicas se han incrementado. El stress de la hospitalización, siempre amenazante para la propia imagen y el sentido de autonomía del paciente, han sido delineados en el pasado. Hoy, como los médicos presionan hacia un cuidado definitivo, los pacientes con frecuencia sienten un incremento en la deshumanización, arrastrando consigo un pedazo de entusiasmo científico. El rechazo del paciente suscita cuestiones de tipo legal y ético, tocante a los derechos y responsabilidades tanto del paciente como del médico. - (1).

El rechazo al tratamiento médico era hace tiempo un fenómeno raro, - actualmente ha cobrado interés para moralistas y para prensa, llegando - incluso a tribunales. En la literatura médica son pocos los estudios - que se han hecho con respecto a este problema, y han sido de tipo anecdótico, realizandolos en pacientes psicopatológicos, encontrando problemas en la comunicación. (2).

El rechazo al tratamiento en hospitales generales, no obstante que -- ha despertado interés, ha sido ignorado por la profesión médica. Un estudio de este fenómeno en hospitales generales hecho por Appelbaum y Roth, reveló que ocurría frecuentemente; la relación médico-paciente fué a menudo un -- factor participante, aunque hubo otros relacionados con el rechazo tendió -- a ser indiferente con respecto a los factores precipitantes. Otras causas, fueron la falta de información al paciente acerca de su enfermedad y de su tratamiento, así como experiencias desagradables en internamientos previos. Además se encontró que en hospitales de enseñanza éste era un fenómeno más -- frecuente que en otros hospitales. (2).

En el presente estudio se agregaron otras posibles determinantes para -- ver cuál causa tenía más peso en el rechazo, En el estudio de Appelbaum y -- Roth se le dió más importancia a la frecuencia de este fenómeno.

El rechazo al tratamiento es una respuesta de un individuo con una en--fermedad, lo cual constituye un transtorno en su mundo interno y externo por lo que el médico deberá tener en cuenta los siguientes factores.

- B.- RELACION MEDICO-PACIENTE
- C.- INFORMACION AL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO.
- D.- EXPECTATIVAS DEL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD.
- E.- EXPERIENCIAS DESAGRADABLES EN INTERNAMIENTOS PREVIOS.
- F.- AMBIENTE HOSPITALARIO.

A continuación se abordan estos factores, enfatizando más en la relación médico-paciente a través de su historia, para un mejor entendimiento de lo -- que esta sucediendo actualmente.

B.- RELACION MEDICO-PACIENTE.

El concepto de la relación médico-paciente es un concepto fundamental, - una abstracción que incorpora lo que el médico y el paciente piensan, sienten y reciben el uno del otro como dos sistemas que interactúan. (3).

La relación médico-paciente es muy antigua, una de las más antiguas de - las crónicas de la experiencia humana. Ocurre que ante el dolor, ante la - angustia y ante la muerte, el hombre tiene la advertencia de su desamparo y - pide ayuda a quien tiene el poder de ayudar, el brujo, el sacerdote, el médi- co, etc. (3).

A través de la historia, en el grupo humano más dúctil y pasivo, aquél - que con amplia aceptación rigió su vida bajo conceptos mágicos, se encuentra ya en un sistema determinado. Aquellos hombres primitivos, que viven supedi- tados a lo inexplicable, a lo sobrenatural, que se aterrorizan por lo incógn^o to y se protegen de los innumerables espíritus que los asedian y rodean, es- - tos hombres del pasado mantienen un apasionado deseo de vivir, un poderoso -- instinto de conservación, buscan por todos los medios posibles, la explica- -- ción de su muerte y por consecuencia luchan por evitar la enfermedad. De to- dos estos pensamientos y consideraciones, surge la magia. Históricamente, -- los magos y curanderos aparecieron como la clase profesional más antigua de -

la humanidad, con su omnipotencia, la sugestión y su posición intermedia entre lo sobrenatural y lo terrenal, hacen del hechizero un asombroso personaje que con teatralidad en sus actos, resulta de incalculables efectos sobre mentes sencillas. (4). Iniciándose así la relación Shaman-enfermo el cual se le temía.

Por cronología y por un sistema de ordenamiento histórico, el pensamiento que sucedió a la magia y que modificó la interacción médico-paciente, que transformó la imagen social del médico, apareció en la época helénica. Al hablar de la medicina griega, hay que hacer hincapié que se está refiriendo particularmente al período hipocrático, pues en realidad antes de él, la medicina griega fué empirismo y teurgia-magia más o menos organizada (4). Son los juicios elogiosos de Platón, las pruebas fehacientes de un importante cambio en la interacción médico-enfermo. Platón describió una medicina menos detenida y otra más interesada; la primera en manos de médicos de esclavos, el médico de guerras, el que no puede detenerse por los innumerables casos que atender; la segunda, por un verdadero amor a la naturaleza, la practicaron los médicos de los hombres libres, su amor a la physis los llevó a establecer amistades prolongadas con sus enfermos, aplicaron su incipiente saber técnico para más tarde discutir con ellos y explicarles su enfermedad. (5). Así lo hicieron los hipocráticos. El período hipocrático rompió con la imagen tradicional del médico y cambió el marco asistencial. El médico hipocrático, en su función social, se expresó con ética, comprendió la importancia de tener presente el alma además del cuerpo. Hipócrates inició con su incipiente saber técnico lo que 600 años más tarde Galeno heredó y concep-

tuó en su amplio y sistemático conocimiento. La medicina de Hipócrates -- atravesó diversos puentes pero nunca perdió su propósito moral; actitud -- que no se volvería a presentar sino hasta tiempos muy actuales y aún así -- con modalidades muy distintas. (4).

En la edad media todo fué cristiano, naciendo una nueva sociedad, lo -- cual hizo al médico más misericordioso, buscando una perfección de reali-- dad sobrenatural. Convirtiendo el acto médico en un acto ético religioso y sobresalió el sacerdote médico. (5), donde se asume que el enfermo es el causante de su enfermedad, que ésta en un castigo por su mala conducta, el enfermo debe expiar su culpa y el tratamiento estaba generalmente a cargo de un sacerdote que actuaba como intermediario ante las deidades ofendidas (3).

Al mediar el siglo XV, se puede percibir una clara transformación, se -- encuentra una medicina más organizada, corporativamente mejor constituida y en posesión de una extensísima literatura. Existió el ambiente propicio -- para constituir lo que se llama en la historia médica, el renacimiento de -- la medicina. La verdadera reforma surgió con la aparición de los humanis-- tas médicos a finales del siglo XV. Médicos que vuelven a las tendencias -- clásicas, que adoptan nuevamente una actitud de comprensión hacia la natura -- leza del enfermo, relacionan al paciente como un producto de su medio y com -- prenden su enfermedad de su posición intermedia entre el bien y el mal, se -- libra de su herencia mágica, para llenarse de ideas científicas (4).

Hacia el siglo XVII y el XVIII apareció el barroquismo con una medicina paradójica porque salvo algunas excepciones el empirismo y la charlatanería se confundieron con el verdadero sentido médico, donde no importó que el terreno de la investigación fuese notable. El médico ante los enfermos, se expresó contradictoriamente, habló de espíritus malignos, empleó terapéuticas irracionales y sostuvo el prestigio de los temperamentos y los cuatro humores.

El pensamiento de la ilustración en el siglo XIX hizo que la interacción médico-paciente adquiriera características propias; una vez que los cambios sociales influyeron sobre el médico y éste a su vez modificó sus funciones.- Ahora la inquietud que animó, fué la investigación y el ordenamiento, el primer impulso de una tecnología, rompiendo con las especulaciones teóricas y - el charlatanismo. (4).

El positivismo se levantó como producto del materialismo y trató de evitar sistemáticamente todo lo que fuese especulación imaginativa. Surgieron las ciencias sociales reflejándose en una interacción médico-sociedad (4).

Se dice que con Pasteur se inicia la guerra contra las enfermedades, - - iniciando así el auge de la tecnificación de la medicina, descuidando al correr del tiempo la relación médico-paciente. (5).

Constantin Von Monakov manifiesta acerca de la enfermedad. "No es un fenómeno pasivo, como los que acontecen en una máquina. Se trata de un combate, de una lucha para la creación de un estado de cosas que permita una nueva adaptación del individuo a su medio. Todo el organismo interviene en esa lucha". A lo que le llamó reacción diastófica.

Pese a las abundantes críticas que se han hecho los trabajos de Freud -- es indudable que fué el máximo suscitador de la humanización de la medicina (una visión del hombre como persona ante la enfermedad). Ya que la medicina había sido preponderantemente visual y táctil, y Freud agregó lo auditivo en cuanto considera zonas del ser y la del hombre solo susceptibles de audición, comprensión e interpretación. Una decisiva contribución al conocimiento cabal de la influencia que la vida anímica ejerce sobre las funciones y movimiento del cuerpo. Y la preocupación por ordenar comprensivamente en la biografía del enfermo, el suceso de la enfermedad (7).

La visión psicósomática del enfermar humano ha cobrado tan destacada actualidad a favor de varios motivos. Cuatro parecen ser los principales -- (1). La enorme, abusiva presión de las exigencias sociales y políticas sobre la libre intimidad del espíritu humano. El hombre ha venido a ser en casi todo el planeta, y no solo en tiempo de guerra, hombre bajo el stress. 2.- El carácter crítico de nuestra época, "Vivir en crisis" -- carecer de apoyo en creencias verdaderas y eficaces -- vienen siendo desde hace más de medio siglo, algo más que un lugar común de la expresión literaria. 3.- La insu

ficiencia de la medicina científico-natural para tratar adecuadamente a los enfermos. 4.- La aparición de métodos para estudio de la realidad humana distintos de los que la investigación científica natural venía ofreciendo - a la medicina. Los dos primeros motivos han determinado un enorme incremento de las enfermedades neuróticas los dos últimos han dado lugar a que la concepción de la enfermedad sea ésta que solemos llamar psicósomática (5).

Se ha escrito y se ha dicho que la medicina está perdiendo el sentido humano. Se trata de un aspecto negativo de progreso en un campo donde los logros de la inteligencia y los avances sociales son impresionantes. Es necesario reconocer que la tecnificación interpone entre el médico demasiados aparatos. (3).

A medida que ha aumentado la tecnología y complejidad de la medicina, los ciudadanos médicos se han hecho más institucionalizados y su suministro más despersonalizado. Un punto de vista que muchos sostienen, en especial entre los médicos es que la ciencia y la tecnología de la medicina son la causa de la disminución que se aprecia en la compasión de la medicina, como si se tratara de algo inherentemente contradictorio entre la ciencia y la humanidad, entre la tecnología y la compasión. Claro está no hay datos de esta contradicción inherente. La ciencia y la tecnología están sujetas a la mayor parte de los adelantos de la medicina que permiten a los médicos contemporáneos proporcionar cuidados más eficaces en comparación con sus antecesores profesionales. (8). Glick considera incluso la tomografía computarizada como un adelanto tecnológico de extraordinaria compasión. Su uso ha ahorrado a los pacientes muchos procedimientos difíciles, dolorosos

y peligrosos, y ha permitido que se establezcan en fases más tempranas -- diagnósticos definitivos. No se puede hacer más compasivos a los médicos al denigrar la ciencia, al igual que no se puede hacer más humanista a -- los estudiantes al obligarlos a estudiar humanidades, independientemente de lo deseable que estos estudios sean por sí mismos. Tampoco se puede -- afirmar con validez que existe un efecto de deshumanización de las largas y arduas horas de adiestramiento, puesto que ha disminuido durante el -- período en que se supone, ocurrió la pérdida de la compasión de la medicina. Glick afirma que los problemas fundamentales se encuentran en su -- mayor parte fuera del establecimiento médico, dentro de la sociedad en su conjunto. El médico en gran medida es reflejo de la sociedad. (9).

A medida que se emplea la tecnología y la ciencia de la medicina, ningún médico puede ser ya un experto en todos los campos y el cuidado del -- paciente, cuando algún problema grave se presenta, necesariamente se tranaforma en un esfuerzo de especialistas (8).

Balint se refiere que a mayor especialización por parte del médico hay menos contacto interpersonal con el paciente, ya que sólo se ocupa de la -- enfermedad del paciente y como se ve en los hospitales, éste solo ve mien--tras está hospitalizado y después tal vez por consulta externa, en otras -- ocasiones lo regresa con su médico familiar, y si es necesario mandarlo a otro especialista se repite lo mismo. Por lo que se recomienda que el en-

El entrenamiento del médico se le debería dar igual importancia a las materias - como anatomía, como a la psicología del paciente, específicamente a la relación médico-paciente (10).

El aspecto social se ha empezado a ver más recientemente como otro perspectiva. Se asume que la persona es afectada por las condiciones adversas de la sociedad en que vive, que es la que realmente está enfermo y necesita curación. El esfuerzo terapéutico y más efectivamente preventivo debe orientarse a modificar dichas condiciones (3).

La creciente socialización de la medicina ha dado figura a toda una serie de fenómenos médico-sociales. He aquí los más importantes: 1.- La difusión e incrementos de los seguros de enfermedad. 2.- El cambio de la relación médico-paciente. Puesto que esta relación no se asienta primariamente sobre una confianza íntima y personal, la ayuda médica se convierte en un -- servicio contratado, en la cual las dos partes suelen buscar ante todo su -- particular ventaja. La frecuencia de los pleitos civiles contra los médicos en un buen indicio de la mudanza operada. 3.- El incremento de enfermedades neuróticas entre las diversas causas de la neurosis, la socialización no ocupa el último lugar. 4.- La resuelta introducción de la medicina social en la formación del médico (7).

Es necesario reconocer que la burocratización y los demasiados trámites se interponen entre el médico y el enfermo. Además la facultad del paciente

de elegir al médico como antiguamente se hacía, no es posible. En efecto, - tradicionalmente la iniciación y el mantenimiento de la relación dependía - de la voluntad del enfermo, hoy la situación es distinta. (3).

Una discordancia actual lo representa la hominización y la socializa-- ción de la práctica médica. La homonización exige tratar al enfermo desde - el punto de vista de su más estricta individualidad personal, y pide con -- instancia tiempo, delicadeza y paciencia; la socialización, en cambio, impo ne al terapeuta una actividad uniformada, rápida tan próxima al trabajo en serie, como la peculiar índole del acto médico lo permite. ¿Como resolver - esta grave dificultad?. (7).

No obstante que la medicina actual sigue al modelo científico, en el - mundo moderno la medicina científica coexiste con las otras formas no cien-- tíficas de entender la enfermedad y definir la función social del médico y del enfermo, la magia, la religión y el empirismo continúan influyendo en - los conceptos y en las actitudes de nuestros enfermos. Viejos y nuevos con-- ceptos acerca de la causa de las enfermedades se mezclan en la mente del pú blico: los demonios, los pecados, los padres, particularmente la madre, la familia y en forma más reciente la sociedad. (3,4).

Lain Entralgo distingue dos tipos de relación médico-paciente: 1. La - relación-objetivante basada en los conocimientos biomédicos y que actúa so-- bre la enfermedad. 2. La relación interpersonal que concibe al paciente co-- mo una persona que requiere ayuda. Ambos tipos de relaciones interactúan y es difícil establecer una tajante línea de demarcación entre una y otra.(5)

Una relación médico paciente puramente objetivante, fría e impersonal, puede impedir el acceso a cierta información del paciente que sea clave del problema. (11). Una relación predominantemente interpersonal puede dejar sa tisfecho al paciente, pero perder de vista ciertos indicadores de enferme-- dad subyacente con repercusión posterior. (12).

Desde otro punto de vista T. Szasz y M. Hollender distinguen tres modelos básicos de relación: 1.- En el modelo actividad-pasividad, el médico hace algo por el paciente sin que éste participe en la acción. 2.- El modelo guía-cooperación, el paciente está conciente de que sufre y está dispuesto a cooperar y el médico lo guía y tiene autoridad sobre el paciente. 3.- El modelo de coparticipación. Se postula que el médico y el paciente son básicamente iguales. Este modelo se da básicamente en enfermedades crónicas.

Otro punto de vista importante de señalar es la motivación para estudiar la carrera de medicina, en la gran mayoría de los médicos, era la aspiración de ascender rápidamente en la escala socioeconómica, lo que lleva a una gran aglomeración de médicos en las grandes ciudades, con dificultades de lograr sus aspiraciones. Esto hace que el médico se enfrente a una realidad y confronte las poco sólidas expectativas, que se habían construído inicialmente con las posibilidades actuales, sufriendo frustraciones y desencanto, estados psicológicos, que no son los más adecuados para cultivar sana y deontológicamente la muy noble profesión de la medicina.(12)

No podemos regresar los antiguos días de la medicina. Nunca debemos -- permitirnos olvidar la propiedad de curación de la presencia del médico, y debemos conservar este don misterioso aún si no lo podemos explicar, pero tampoco podemos regresar a la época en que esto lo era todo en la medicina. (8).

C. INFORMACION AL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO.

El médico tiene el deber de informar al paciente el diagnóstico de la -

enfermedad y los pasos del tratamiento; el paciente por su parte tiene el derecho de estar informado y no debe vacilar en preguntar si tiene dudas. No se trata de sólo dar la información necesaria sino darla bien y asegurarse de que el paciente la haya comprendido. (15).- Para ello se dispondrá de cierto tiempo. Al no hacerlo se comete un error grave, pues el silencio es una forma de comunicación que por lo regular es adversa.

Las indicaciones terapéuticas, cuyo objetivo es ayudar a la realización del tratamiento, son parte importante de la realización entre médico y paciente. Darlas en forma inadecuada puede resultar contraproducente. El medicamento debe administrarse en forma correcta puesto que su eficacia depende no sólo del conjunto de sus propiedades naturales y de las condiciones biológicas del paciente sino también del momento y modo de administración. Cada medicamento tiene una serie de indicaciones básicas y es indispensable que el paciente sepa cuánto, cómo, en qué momento y hasta cuándo ha de tomarlo, y cuándo va a surtir efecto. La mayoría de los pacientes no reciben esta información. (14).

Explicar la enfermedad era la parte más importante de lo que antes se llamaba arte de la medicina, y el paciente o su familia sabían el pronóstico de la enfermedad (8).

En la actualidad cierto tipo de pacientes ha sido informado de los adelantos en la tecnología y la ciencia médica mediante la televisión enciclopedias médicas caseras, periódicos, revistas y seminarios, por lo que el público comprende mucho más sobre el organismo humano y sus trastornos, y en consecuencia -

esperan mayor información detallada por parte del médico. (8).

Fabrega y Manning han ilustrado la forma en que las diferencias en los conceptos que tienen el paciente y el médico acerca de la naturaleza y causa de las enfermedades, afectan la relación entre ambos y restan efectividad a las acciones terapéuticas. (15).

Ocurre con frecuencia que el médico subestime la fuerza de los sistemas personales y culturales del paciente y no se percata de como estas fuerzas interfieren con la asimilación de sus instrucciones y consejos. La falta de comunicación ocurre frecuentemente debido a la discrepancia de marcos conceptuales. Es más, aún personas cultivadas tienen conceptos acerca de la causa de las enfermedades que no difieren mucho de los conceptos populares. Si el médico desconoce el marco de referencia de sus pacientes sostendrá con él un diálogo de sordos y es posible que después se sienta perplejo por la forma en que el paciente ha interpretado y asimilado sus opiniones. (3).

La burocratización de los hospitales institucionales reduce el tiempo disponible para la atención del enfermo y por consiguiente difícilmente habrá una comunicación adecuada. También es posible que el médico no esté dispuesto a responder a las preguntas del paciente, acerca de su enfermedad y su tratamiento, por lo que la evolución de ambos se verá afectada. (i.14).

Lo que para el médico es una acción rutinaria, puede ser para el paciente una experiencia totalmente nueva y llena de oscuros significados, muchos pacientes piensan justamente que las visitas que les hace el médico son demasiado breves y que la información que reciben de él es vaga e incompleta. -- El médico puede no tener advertencia que su visita es el momento culminante del día para el paciente, quien por ello resiente los apresuramientos, los retrasos y las omisiones. (3).

El paciente tiene derecho a que se le explique plenamente por adelantado cualquier cosa que se le propone y el derecho a dar o negar su consentimiento informado.

Hace tres o cuatro decenios el consentimiento informado se limitaba en gran medida a la anestesia o permisos quirúrgicos, pero hoy en día -- el consentimiento informado a menudo incluye descripciones escritas del procedimiento con referencias explícitas, de todo posible accidente después de -- cierta prueba diagnóstica, tratamiento farmacológico o procedimiento quirúrgico, a manera de defenderse el médico ante cualquier accidente. (8).

D. EXPECTATIVAS DEL PACIENTE ACERCA DE SU ENFERMEDAD.

La incertidumbre de un diagnóstico enigmático o amenazador es más difícil de soportar que los sufrimientos físicos. La mayor parte de los enfermos -- quieren saber para qué sirven los exámenes que se les practican y los medicamentos que les prescriben. Muchos pacientes quieren participar más activamente en las decisiones que les atañen y sino se atreven a solicitar las informaciones que vehemente desean tener, es porque están atemorizados; otros -- actúan en forma más pasiva y dependientes. (2,3).

Los pacientes esperan la capacidad profesional que incorpore lo mejor de la ciencia y tecnología médica necesarios para lograr la restauración de su salud. No quieren que se les abandone. Para cada paciente los deseos y expectativas varían en importancia relativa. En notable que no todos los enfermos esperan que se les cure. Estas esperanzas se tratarán a la luz de la -- forma en que el médico debe procurar satisfacerlas. (8,13).

E. EXPERIENCIAS DESAGRADABLES EN INTERNAMIENTOS PREVIOS.

El stress de padecimiento y la hospitalización moviliza todo y se dan factores en la constitución del paciente y sus experiencias previas. Las características del paciente que contribuyen al rechazo, son bien delineadas por Appelbaum y Roth en su reporte para la Comisión Presidencial en los E.U.A.; el que señalan que los factores principales son las dificultades en la comunicación, dificultades en la confianza y características psicológicas y psicopatológicas de los pacientes. La falta de confianza pudo haber sido dada por una experiencia previa desagradable como fué demostrado en otro estudio de Appelbaum y Roth. (1,2,8).

Muchos pacientes se han enfrentado efectivamente a crisis previas, recordando un estilo que les ayuda a decidir en una manera más acorde a su propio interés que en un estado de pánico, enojo o rechazo impulsivo. En suma uno necesita explorar la relación médico-paciente en su pasado y presente.

Residuos de conflictos pasados pueden ser actuados por impulsividad ofrecida a un rechazo. Los esfuerzos para controlar al médico y a otras autoridades en el pasado pueden afectar la decisión en el presente. Impactando principalmente por su enfermedad y después por la hospitalización con sus múltiples procedimientos, ya sean administrativos o diagnósticos, un paciente fatigado puede manejar una postura negativa como significado único de restaurar algún vestigio de la identidad y la autonomía. (1).

Otro factor importante es el desconocimiento por parte del paciente del objetivo, organización, estructura y funcionamiento de las instituciones de salud del Estado y por lo tanto no sabe su uso adecuado. Por lo que el derecho habiente en ocasiones solicita que lo atiendan de inmediato en que se presenta a solicitar un servicio aunque éste servicio no sea urgente, lo cual ocasiona fricciones y dificultades.(13).

Por desgracia a menudo aparece un grado inquietante de confrontación para el paciente que acude para que se le reconforte y no para pelear.(8).

F. AMBIENTE HOSPITALARIO.

En un ambiente como en el hospital, extraño para el paciente, una palabra un gesto o falta de consideración o tacto de parte del equipo médico puede adquirir exagerada importancia para el paciente atemorizado, ansioso por no saber cuál puede ser su enfermedad y cuáles los resultados de la misma.(18).

El tiempo que un paciente tarda en conseguir que lo atiendan es un problema de la medicina institucional, porque la espera angustia. Siendo esto causa de quejas continuas, repetidas, de los enfermos con los administradores, contrastando con la prisa con que los atienden. (17).

Dentro del Hospital, el médico debe respetar la personalidad del paciente y hacer respetar su propia autoridad con subordinados, administradores y enfermos, así como también verificar si se cumplen sus indicaciones.(18).

Cuando un enfermo ingresa a un hospital, particularmente si lo hace por primera vez, puede apreciar las ventajas técnicas de su hospitalización, pero se experimenta así mismo como desarraigado de su ambiente y reducido a la condición de objeto. No debe extrañarnos que la hospitalización tenga efectos traumáticos, el aislamiento que hoy en día se impone a los enfermos en muchos hospitales, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos dolorosos y humillantes; el sufrimiento y la muerte en torno, el sentimiento de inutilidad -- por el hecho de excretar en la cama y no poder asearse, etc., no son trivialidades para una persona sensible. (3). Además se le da un tipo de alimentación diferente a la que estaba acostumbrado a recibir.

Es importante evaluar como el personal del hospital lleva a cabo su trabajo y también como son retribuidos, ya que esto influye sobre el ambiente y la clase de atención que se proporciona. Así también las características de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que se tiene a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales. (19).

La manera como los profesionales y otro miembro del personal atienden a los pacientes. El interés, la cortesía, el respeto por la autonomía del paciente y su privacidad, la explicación, la confianza, el apoyo, la aceptación del paciente, sin hacer juicio sobre la enfermedad y su conducta, son actos que influyen para el bienestar del paciente. (18).

II. TRABAJO DE INVESTIGACION.

A. PLANTEAMIENTO.

La pregunta que dió origen a este trabajo fué:

¿Qué factores influyen para que el paciente se niegue a cooperar al tratamiento médico?.

B. OBJETIVO.

Encontrar las principales causas que determinan el rechazo al tratamiento del paciente durante su estancia hospitalaria.

C. JUSTIFICACION.

Se ha visto que se solicitan un número importante de interconsultas a - psiquiatría en un hospital general, por falta de cooperación del paciente - al tratamiento médico. Se realizó este estudio para encontrar las causas -- del rechazo del tratamiento y dar información al médico que se le presenta - éste problema.

D. TIPO DE INVESTIGACION.

Observacional, transversal, propectiva, comparativa y abierta.

E. MATERIAL Y METODOS.

Con el objeto de responder a la pregunta del planteamiento y determinar - cuál era principal factor, se hizo un cuestionario, basado en dos estudios - que se hicieron, uno de ellos en hospitales generales con pacientes que re-- chazaban tratamiento (2), y el otro acerca de la información que recibía por parte del médico. (14). Además, el autor de este estudio agregó otras pre-- guntas que consideró convenientes. También se realizó un formato para la re colección de datos de variables demográficas y secundarias.

Los criterios de inclusión fueron: Pacientes hospitalizados que rechaza-- ban una o varias indicaciones médicas y edad entre 18 y 60 años. Y para los pacientes del grupo testigo, que estuvieran hospitalizados y edad entre 18 y 60 años.

Los criterios de exclusión fueron: Pacientes con trastornos psiquiátricos (psicosis y cuadros demenciales), pacientes oligofrénicos, pacientes en fa-- sas terminales, pacientes con hospitalización menor de tres días y pacientes que tuvieran amplios conocimientos en medicina como médicos, enfermeras y -- psicólogos.

Los criterios de eliminación fueron: Pacientes que se negaran a contestar el cuestionario o que lo contestaran de manera incompleta, y pacientes que - tuvieran negación de la enfermedad.

Metodología: Se aplicaron ambos formatos a los pacientes del grupo -- problema y posteriormente se les practicaron en forma aleatoria a los pacientes del grupo testigo, del mismo sexo y piso, en el orden en que se iban -- captando los del grupo problema. A todos los pacientes se les practicó un exámen mental. Para detectar a los pacientes del grupo problema, se hacía un recorrido por el hospital solicitando información a los médicos y a las jefas de enfermería de cada piso, hasta que se completaron los 20 pacientes del grupo problema y los 20 paciente del grupo testigo.

Al entrevistar a los pacientes se les explicó que era una encuesta y -- las preguntas eran de tipo confidencial. Se les leía el cuestionario y los pacientes sólo tenían que constatar sí o no. Para la obtención de los -- datos de variables demográficas y secundarias, se les preguntó a los pacientes y si ignoraban algún dato se consultó el expediente.

El cuestionario que se aplicó para la recolección de datos de variables primarias, contenía 23 preguntas, de las cuales cuatro fueron para evaluar la relación médico - paciente (1,10,11 y 13). (Ver cuestionario en Pag. 22)

para la información acerca de su enfermedad y tratamiento (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y la 9), dos para las expectativas del paciente acerca de su enfermedad (22 y 23), una para las experiencias desagradables es (12) y ocho para el ambiente hospitalario (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21). Y al final del formato se les solicitó una sugerencia para mejorar la calidad de la atención del hospital.

El formato para recolección de datos de variables demográficas y secundarias constó de 23 reactivos.

Esta investigación se efectuó en el Hospital Regional 20 de Noviembre, que es de seguridad social que atiende a trabajadores del Estado. Es un hospital de primer nivel y de enseñanza para médico residentes, médicos internos y enfermeras.

Se usó la prueba T de Student para análisis estadístico comparativo. Y el promedio de los porcentajes de las preguntas dedicadas para evaluar cada supuesta causa del rechazo.

A continuación se anexan ambos formatos.

CUESTIONARIO

	SI	NO
1.- Sabe el nombre de su médico tratante.	_____	_____
2.- Le ha informado el médico acerca del diagnóstico de su enfermedad	_____	_____
3.- Ha recibido información por parte del médico de la causa de su enfermedad.	_____	_____
4.- El médico le ha dicho algo sobre el pronóstico de su enfermedad	_____	_____
5.- Sabe que medicamento está tomando y a que horas lo debe tomar.	_____	_____
6.- Se le ha informado por cuanto tiempo va a tomar el medicamento.	_____	_____
7.- Le han informado acerca de los beneficios del tratamiento médico - que está recibiendo o que va a recibir.	_____	_____
8.- Le han informado acerca de los riesgos y efectos desagradables del tratamiento médico que está recibiendo o que va a recibir.	_____	_____
9.- Se le ha explicado cual es la finalidad de las pruebas o estudios de diagnóstico que se le van a practicar o que se le han practicado	_____	_____
10.- Ha platicado con su médico tratante acerca de los problemas familiares y en su trabajo, que su enfermedad ha provocado.	_____	_____
11.- Tiene la impresión de que su médico le ha acertado al tratamiento de su enfermedad.	_____	_____
12.- Ha tenido experiencias desagradables en internamientos anteriores.	_____	_____
13.- Le inspira la suficiente confianza su médico tratante.	_____	_____
14.- Ha recibido buen trato de parte del personal de enfermería	_____	_____
15.- Las enfermeras le dan el medicamento de acuerdo a la indicación del médico.	_____	_____
16.- Cuando tiene dolor o alguna molestia lo atienden pronto.	_____	_____
17.- Cuando le han practicado pruebas o estudios de diagnóstico lo han tratado bien.	_____	_____
18.- Al trasladarlo de un lugar a otro dentro del hospital, lo han tratado bien los camilleros.	_____	_____
19.- Lo dejan dormir bien los compañeros de su cuarto.	_____	_____
20.- Considera que es buena la comida que le dan en este hospital.	_____	_____
21.- Le gustaría que un familiar estuviera de manera permanente con usted.	_____	_____
22.- Considera que su enfermedad es grave.	_____	_____
23.- Considera que con un tratamiento adecuado se curará	_____	_____

Si usted tiene una sugerencia para mejorar la calidad de la atención en éste hospital, favor de expresarla y gracias por haber contestado este cuestionario.

CEDULAS DE RECOLECCION DE DATOS VARIABLES SECUNDARIAS

23

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Estado Civil: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Religión: _____

Internamiento previo en este hospital: _____

Internamiento previo en otro hospital del ISSSTE: _____

Internamiento previo en un hospital privado: _____

Servicio en que se encuentra internado actualmente: _____

Diagnóstico (s) actual(e)s: _____

Tratamiento actual: _____

Estudios practicados: _____

Indicación médica que esta rechazando: _____

Días de hospitalización: _____

Se encuentra en etapa terminal: _____

Lo sabe el paciente: _____

Fecha en que se inició el padecimiento actual: _____

Etapa en que se encuentra según la clasificación de la Dra. Klüber Ross: _____

Fecha: _____

III. RESULTADOS.

A. SUJETOS ESTUDIADOS.

Participaron en el estudio 20 pacientes del grupo problema y 20 - -
pacientes del grupo testigo, los cuales estuvieron hospitalizados en los
diferentes servicios de especialidades, donde se encontraban pacientes --
adultos, con una estancia hospitalaria mínima de tres días. Ninguno de -
los pacientes se negó a entrar al estudio, así como ninguno de ellos fué
eliminado.

B. VARIABLES DEMOGRAFICAS.

1.- Sexo: De los 20 pacientes problema 13 fueron mujeres (65%) y -
7 hombres (35%), en los pacientes testigos fué igual, ya que como se - -
había mencionado anteriormente se escogió en forma aleatoria una persona
del mismo sexo, una vez que se había detectado un paciente problema. - -
Estos datos se muestran en la tabla 1.

2.- Edad: En el grupo problema la paciente menor fué de 18 años y
la mayor fué de 60 años, con una media de 38.9 años. En el grupo testigo
la menor fué de 25 años y la mayor fué de 60 años con una media de 45.45 -
años, lo cual nos indica que los pacientes más jóvenes tuvieron más tendencia
al rechazo al tratamiento. Estos datos se presentan en la tabla 1.

3.- Ocupación: En el grupo problema encontramos que 5 se dedicaban al hogar, 3 eran maestras de primarias, 3 auxiliares de intendencia, - - 3 eran administrativos, 2 eran secretarias, 1 era dietista, 1 era jubilado, 1 era empleado federal y 1 estudiante. Del grupo problema 5 se dedicaban al hogar, 4 eran secretarias, 3 empleados federales, 2 maestras de primaria, 2 administrativos, 1 ingeniero topógrafo, 1 policía bancario y 1 auxiliar de mantenimiento. Lo cual nos indica que fueron muestras similares en cuanto a ocupación. Ver datos en tabla 1.

TABLA 1. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD, SEXO Y OCUPACION.

GRUPO PROBLEMA				GRUPO TESTIGO		
No.	Sexo	Edad	Ocupación	Sexo	Edad	Ocupación
1	F	48	Dietista	F	60	Hogar
2	M	26	Aux. de Intendencia	M	40	Policia Bancario
3	F	59	Hogar	F	48	Hogar
4	F	52	Maestra de Primaria	F	54	Secretaria
5	M	59	Jubilado	M	42	Ingeniero Topógrafo
6	F	38	Aux. de Intendencia	F	32	Hogar
7	M	37	Maestro en Primaria	M	26	Empleado Federal
8	M	37	Empleado Federal	M	55	Aux. de Mantenimiento.
9	F	32	Administrativo	F	52	Secretaria
10	M	30	Administrativo	M	35	Administrativo
11	F	42	Hogar	F	49	Empleado Federal
12	F	18	Estudiante	F	43	Hogar
13	F	48	Secretaria	F	45	Hogar
14	F	19	Secretaria	F	25	Secretaria
15	F	37	Hogar	F	45	Hogar
16	M	42	Aux. de Intendencia	F	60	Empleado Federal
17	F	24	Maestra de Primaria	F	32	Maestra de Primaria.
18	F	60	Hogar	F	32	Maestra de Primaria
19	M	40	Administrativo	M	48	Administrativo
20	F	30	Hogar	F	30	Hogar

4.- Estado Civil: En los grupos problemas hubo 9 casados (45%), 9 solteras (45%) y 2 divorciados (10%). El grupo testigo mostró 16 pacientes casados (80%), 2 solteras (10%), y 1 divorciado (5%) y una viuda (5%). Lo cual nos indica que los casados ten--

dieron a rechazar menos el tratamiento y los solteros tuvieron más tendencia a rechazar el tratamiento. Ver en la tabla 2.

5.- Escolaridad: El grupo problema presentó 9 pacientes con primaria, 5 con secundaria, 4 con preparatoria y 3 normalistas. El grupo testigo mostró 10 -- pacientes con primaria, 5 con secundaria, 2 con preparatoria, 2 normalistas -- y un ingeniero topógrafo. No hubo diferencia importante en relación a la escolaridad. Ver tabla 2.

TABLA 2 DISTRIBUCION DE PACIENTES POR ESTADO CIVIL Y ESCOLARIDAD

GRUPO PROBLEMA		GRUPO TESTIGO	
Estado Civil	Escolaridad	Estado Civil	Escolaridad
9 Casados	9 Primaria	16 Casados	10 Primaria
9 Solteros	4 Secundaria	2 Solteros	5 Secundaria
2 Divorciados	4 Preparatoria	1 Divorciado	2 Preparatoria
	3 Normalistas	1 Viuda	2 Normalistas
			1 Profesionista

6.- Lugar de nacimiento: De los resultados obtenidos en el grupo problema -- el 45% eran del Distrito Federal y el 55% de provincia. En el grupo problema -- era del Distrito Federal y el 50% de provincia. Lo cual demuestra que hubo diferencia significativa. Ver tabla 3.

TABLA 3 DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SU LUGAR DE ORIGEN

GRUPO PROBLEMA	GRUPO TESTIGO
9 Distrito Federal	10 Distrito Federal
2 Oaxaca	4 Veracruz
2 Puebla	2 Guanajuato
1 Chiapas	1 Estado de México
1 Durango	1 Guanajuato
1 Jalisco	1 Hidalgo
1 Hidalgo	1 Michoacán
1 Michoacán	1 Morelos
1 Tabasco	

C. VARIABLES PRIMARIAS.

D.- RESPUESTAS

1.- Respuestas Positivas: Del cuestiona una comparación entre respuestas -- positivas del grupo problema y el grupo testigo nos dió una diferencia estadísticamente significativa, usando la T de Student. Ver Tabla 4.

TABLA 4 COMPARACION DE RESPUESTAS POSITIVAS (X) CON T DE STUDENT

Grupo Problema	9.82
Grupo Testigo	14.52
t= 68.52, P<0.001.	

2.- Respuestas Negativas: La comparación de las respuestas negativas del - cuestionario, entre el grupo problema y el grupo testigo, muestra una diferencia estadísticamente significativa. Ver Tabla 5.

TABLA 5 COMPARACION DE RESPUESTAS NEGATIVAS (X) CON T DE STUDENT

Grupo Problema	10.17
Grupo Testigo	5.04
t=	70.21, P < 0.001

3.- Causa más importante: Para determinar cuál era la causa más importante, se comparó el promedio de los porcentajes de las respuestas positivas y negativas, de las causas de los pacientes del grupo problema y también se comparó con los datos obtenidos de los pacientes del grupo testigo. La causa más importante fué la falta de información del paciente acerca de su enfermedad y tratamiento, el segundo lugar lo ocupó la relación médico-paciente inadecuada, el tercer lugar fué para experiencias desagradables en internamientos previos, en el cuarto lugar quedó el ambiente hospitalario inadecuado y el último lugar fué ocupado por las expectativas del paciente acerca de su enfermedad. Ver Tabla 6.

TABLA 6 PROMEDIOS DE LOS PORCENTAJES DE LAS CAUSAS

GRUPO		GRUPO	
SI	NO	SI	NO
24,375%	75,625%	66.25%	33.75%

2.- Relación médico-paciente inadecuada

SI	NO	SI	NO
41.25%	58.75%	72.5%	27.5%

3.- Experiencias desagradables en internamientos previos

SI	NO	SI	NO
30%	70%	5%	95%

4.- Ambiente hospitalario inadecuado

SI	NO	SI	NO
74.375%	26.625%	89.375%	10.625%

5.- Expectativas del paciente acerca de su enfermedad

SI	NO	SI	NO
72.5%	27.5%	67.5%	32.5%

4.- La sugerencia que se dieron en los 40 pacientes de ambos grupos, en su gran mayoría fueron relacionados en orden de importancia así: Más higiene de las instalaciones, mejor trato al enfermo, más información a los pacientes en relación a su enfermedad y tratamiento; y mejorar la comida.

D. DATOS DE VARIABLES SECUNDARIAS.

1.- Indicación más rechazada: La indicación que ocupó el primer lugar fué medicamento con 9, el segundo lugar fué para la venociclisia con 4, en tercerero las intervenciones quirúrgicas con 3 y en cuarto lugar lo ocuparon la - indicación de reposo en cama dura, diálisis peritoneal, retiro de traqueostomía, radioterapia y nutrición parenteral con una de ellas.

2.- Especialidad: El servicio de especialidad que ocupó el primer lugar, - donde estuviera internado el paciente que rechaza tratamiento médico, lo - ocupó el servicio de neurología con 5 pacientes, el segundo lugar fué para - cirugía general con 4, el tercer lugar lo ocuparon los servicios de medicina interna, neurocirugía y oncología con dos cada uno de los servicios y en - cuarto lugar quedaron los servicios de cardiología, cirugía cardiovascular, - endocrinología, nefrología y neumología con un paciente cada servicio.

3.- Diagnóstico: Los diagnósticos fueron variados, por lo que no se encontró datos significativos.

IV. DISCUSION

Los 40 pacientes que participaron en el estudio al conocer su propósito, se mostraron cooperadores.

Los resultados de los datos de las variables demográficas y secundarias, nos indicaron que los pacientes del sexo femenino y los más jóvenes tienden -

a rechazar el tratamiento. La indicación más rechazada fué el medicamento.

La comparación entre las respuestas positivas de ambos grupos, así como también entre las respuestas negativas, usando la T de Student nos dió diferencias estadísticamente significativas, lo cual comprobó los factores del rechazo al tratamiento que se postularon en este estudio. Se observó al igual que en el estudio que realizaron Appelbaum y Roth (2) en hospitales generales, que la relación médico-paciente, la falta de información y las experiencias desagradables en internamientos previos eran factores que precipitaban el rechazo al tratamiento, aunque es de interés mencionar que la comunicación que el -- médico y el paciente tengan, es parte de una buena relación médico-paciente, -- como se señala en estudio que hicieron Maya, Reynales y Llanos (15).

La relación médico-paciente se ha modificado a través de la historia y -- actualmente se encuentra en una etapa, donde la tecnificación y la burocratiza-- ción de los hospitales institucionales (del Estado) han modificado este tipo -- de relación que es en cierto grado terapéutica, al grado que es mínima la comu-- nicación entre el paciente y el médico y por ende ha repercutido en la rela--- ción médico-paciente.

En este estudio se vió que la falta de información era el factor más impor-- tante en el rechazo al tratamiento. El estudio de Appelbaum y Roth demostró -- el factor precipitante más importante fué una relación médico-paciente inadecua--

cuada, pero teniendo en cuenta la relación que guarda estos dos factores, no hace pensar en la similitud de resultados en este aspecto. otro aspecto es, que el rechazo se presentó con más frecuencia en hospitales de enseñanza y - este estudio se realizó en un hospital de enseñanza. Y sería importante realizar otro estudio comparativo entre este tipo de hospital con hospitales -- privados, ya que en el estudio de Maya, Reynales y Llanos (15) observaron -- que se daba menos información en hospitales de seguridad social que en con-- sultorios privados.

Actualmente los pacientes en general han recibido información acerca de su organismo, de enfermedades y tratamiento por los medios de comunicación.- Información que en el momento de estar enfermo, el paciente puede confundir y tener más incertidumbre, por lo que es necesario que el médico informe más adecuadamente al paciente y se asegure de que el paciente lo ha entendido -- bien.

En las interconsultas que se solicitan por rechazo al tratamiento al - servicio de psiquiatría del H.R.20 de Noviembre, el autor ha observado que - cuando hay más acercamiento e información por parte del médico hacia el pa-- ciente, la actitud del paciente cambia y acepta el tratamiento. Por lo que se propone un estudio con este mismo tipo de pacientes, una vez que han recibido información.

La experiencia desagradable en internamientos previos puede propiciar -- en los pacientes una predisposición al rechazo al tratamiento. El ambiente -- hospitalario inadecuado, puede contribuir de manera importante al rechazo del tratamiento o ser por sí mismo un precipitante de rechazo; al igual que la -- expectativas del paciente acerca de su enfermedad, las cuales no son favora-- bles por falta de información.

Resumiendo lo anterior podemos imaginar a un paciente que se hospitaliza, angustiado por su enfermedad, y que al no tener apoyo e información del médico siente incertidumbre acerca del futuro de su enfermedad. Y si a esto le agre-- gamos un ambiente hospitalario desfavorable podemos seguir imaginándonos la -- consecuencia, que es el rechazo al tratamiento a manera de protesta como un -- recurso, para exigir mejor trato.

V. CONCLUSIONES.

Después de analizar los resultados obtenidos en este estudio podemos -- llevar a las siguientes conclusiones:

1.- Que no hay una buena relación paciente-médico y tampoco una informa-- ción acerca de la enfermedad y tratamiento. Por lo tanto es conveniente in-- formar a los médicos de la importancia de una buena relación médico-paciente; y que el médico tenga más comunicación con sus pacientes. En caso que se pre-- sente un rechazo al tratamiento, el médico debería saber como manejarlo.

2.- Que no existe un ambiente hospitalario adecuado, por lo que hay que mejorar la atención del personal no médico que coadyuva al tratamiento del -- paciente, además es necesario mejorar los servicios de higiene y alimentación dentro del hospital.

VI. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Mc. Cartney, H. J. Management of refusal of medical treatment
J. Psychiatry in medicine. 1986; 15 (1): 31-36.
- 2.- Appelbaum, P., Roth, L.H. Patients who refuse treatment in Medical Hospital. JAMA 1983. 1250: 1296-1301.
- 3.- De la Fuente, R. La alianza terapéutica. Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría. México 1986.
- 4.- Somolinos-Palencia, J. La interacción médico-paciente. Bosquejo Histórico. Gaceta Médica. 1975 Vol. 1109.427-432.
- 5.- Lafin Entralgo, P.: La relación médico-enfermo. Historia y Teoría, Madrid Revista de Occidente 1964.
- 6.- Bates, R.C.: The fine art understanding patients. Medical Economics -- Book División. San Francisco California 1968 Charter 1.1 -16
- 7.- Lafin Entralgo, P. Historia de la medicina moderna y contemporanea . - - Editorial Científico Médica. 1963. Capítulo Medicina Actual. Pag.700-731
- 8.- Wyngaarden, J.B., Smith, Ll, H. Cecil Tratado de Medicina Interna 17 va. Edición Filadelfia 1987. Capítulo 1. La medicina como profesión erudita y humana. Pag. 1-117.
- 9.- Glick, S.M.: Humanistic medicina in a modern age. N. England J. Med. --- 1981.304.1036-1040.
- 10.- Balint. M.The doctor, his patient and the illness.Pitman Medical.London. 1957 Pag. 112-123.

- 11.- Martínez, C.F.: Consulta médica y entrevista clínica. Med. del hombre. México, 1979,. Pag. 35-39.
- 12.- Viniegra, L. ¿Que significa la resolución de un problema clínico? Rev. Invest. clín. 1981.151-159.
- 13.- Alegria, G.P. Factores que intervienen en la relación médico-paciente en las instituciones de seguridad social. Bol. Med. IMSS (México) - - 1976 Pag. 322-327.
- 14.- Maya, J.C, Reynales, H. y Llanos, G. ¿El médico informa adecuadamente a sus pacientes? Bol.of sanit Pann.1984.97 (1) 26-31.
- 15.- Fabrega, H.J., Maning, P.R.: An integrate theory of disease Ladino-Mes-tizo. Views of disease in the Chiapas Highlands. Psychosom, Med. 1973. 35:223-239.
- 16.- Wastzkin. H. y Stoeckle PD.Comunicación de información acerca de la enfermedad. Consideraciones clínicas, sociológicas metodológicas. Actual Psicol (La Habana) 1980.2 (2): 3-59.
- 17.- Aguilar García, L. Medicina social y Medicina social, Costa-Amic, México D.F. 1969 Pag. 279-323.
- 18.- Donabedian, A. La calidad de la atención médica. La Prensa Médica Mexicana. Capítulo 3. Enfoques básicos para la evaluación. México. 1980. Pag. 93-157.