



11226
2 of 11

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

I S S S T E

CLINICA "DR. IGNACIO CHAVEZ."

CLINICA "DIVISION DEL NORTE."

**ANALISIS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE
CON EL MODELO DE SZASZ Y HOLLANDER, EN
DOS CLINICAS DEL ISSSTE.**

T E S I S

**PARA LA OBTENCION DEL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR**

P R E S E N T A

DR. GERARDO A. BRAMBILA BOLAÑOS

ASESORES DE LA INVESTIGACION:

DR. JOSE R. NARRO ROBLES

SECRETARIO GENERAL, UNAM.

DRA. LUCIA YAÑEZ VELASCO

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL,
FAMILIAR Y COMUNITARIA.
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.**

MEXICO, D.F.

1988.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E :	
IDENTIFICACION.	1
AGRADECIMIENTOS.	2
DEDICATORIAS.	3
INTRODUCCION.	5 - 7
ANTECEDENTES.	8 - 13
MARCO TEORICO.	13 - 15
JUSTIFICACION.	16 - 20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	21 - 25
OBJETIVOS.	25 - 26
MATERIAL Y METODOS.	27 - 36
ANALISIS.	36 - 37
CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES.	37 - 38
RESULTADOS.	39 - 70
DISCUSION.	71 - 81
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	82 - 90
REFERENCIAS.	91 - 97
ANEXOS.	98 - 112

I N T R O D U C C I O N .

LA RELACION MEDICO/PACIENTE (R/M/P), ES EL COMPONENTE MAS IMPORTANTE DE LA INTERRELACION - DE LOS USUARIOS, CON TODO EL PERSONAL DE SALUD². EN ESPECIAL, LA RELACION DEL MEDICO CON SU PACIENTE PARA SER ADECUADA, DEBE DESARROLLARSE SOBRE UNA BASE DE CONFIANZA MUTUA³, E IMPLICA NECESARIAMENTE COMUNICACION BILATERAL DE CONCEPTOS Y SENTIMIENTOS.⁴

LA IMPORTANCIA DE LA R/M/P, SE CENTRA, - EN LA ESENCIA MISMA DE LA MEDICINA; YA QUE, LA MEDICINA GIRA EN TORNO A LA RELACION CON UN INDIVIDUO O UNA COMUNIDAD; PUESTO QUE LA MEDICINA NO PUEDE EXISTIR SIN LA PREVIA PARTICIPACION DE LOS PACIENTES.⁵

LA UNIDAD DE LA PRACTICA MEDICA ES LA -- CONSULTA, ACTO CLINICO POR EXCELENCIA, QUE EN LA -- INTIMIDAD DE UN RECINTO; SE ENCUENTRAN E INTERRELACIONAN DOS PERSONAS: UNA QUE NECESITA AYUDA MEDICA POR UN PROBLEMA EN EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD Y OTRA, QUE ESTA CAPACITADA PSIQUICA, CIENTIFICA, TECNICA Y LEGALMENTE PARA PROPORCIONARLA.

EN ESTA ENTREVISTA CLINICA DE IMPACTO --
MULTIPLE BILATERAL, SE PROCURA REALIZAR UN MODELO
DE AUTENTICA R/M/P HUMANIZADA.⁵⁹

EN ESA RELACION SE INCLUYEN DOS ACCIONES;
UNA COGNOSCITIVA: OBJETIVA Y ANALITICA; Y OTRA, DE
IDENTIFICACION MEDICA: PROCESO AFECTIVO DIRIGIDO A
LA COMPRESION DEL PACIENTE; SURGIENDO EN LA CON-
SULTA MEDICA TRES FENOMENOS:⁶

- A) TRANSFERENCIA, QUE SIGNIFICA LO QUE REPRESENTA
EL MEDICO PARA EL PACIENTE.
- B) CONTRATRANSFERENCIA, QUE REPRESENTA LO QUE ES -
EL ENFERMO PARA EL MEDICO.
- C) RAPPORT, QUE INDICA RELACION CORDIAL, AFECTUO-
SA, DE CONFIANZA, APRECIO Y RESPETO MUTUO.

EL ACTO MEDICO, ES UN PROCESO EDUCATIVO QUE DESA--
ROLLA NUEVAS ACTITUDES Y CAMBIOS DE CONDUCTA.⁵²

LAS ACTITUDES, CREENCIAS Y OPINIONES TAN
TO DEL PACIENTE, COMO DEL MEDICO, RESPONDEN A IN--
TERPRETACIONES A VECES DIFERENTES.

EL PACIENTE ES UN INDIVIDUO CUYA INCAPA-
CIDAD LE IMPIDE REALIZAR LAS FUNCIONES SOCIALES -

DE LAS QUE NORMALMENTE HA DE HACERSE CARGO.⁵³ SOCIALMENTE, EL MEDICO SE RESPONSABILIZA EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE, FACILITANDO SU RECUPERACION DE LA MEJOR MANERA QUE LE PERMITAN SUS HABILIDADES.⁵³ SON FUNCIONES DEL MEDICO, PREVENIR EN CIERTOS CASOS, CURAR A VECES, ATENUAR EL SUFRIMIENTO, CONTENER EL AVANCE DE LA ENFERMEDAD, AYUDAR AL ENFERMO A VIVIR CON SUS SINTOMAS Y A CONFRONTAR LA MUERTE CON DIGNIDAD. LOGRAR UNA BUENA R/M/P EMERGE DE UN GENUINO INTERES DEL MEDICO POR AYUDAR AL PACIENTE, RESOLVIENDOLE SUS PROBLEMAS DE SALUD DENTRO DE LOS LIMITES DE SU CULTURA.⁷ EL MEDICO NECESITA CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES PARA OBTENER INFORMACION, ACLARAR PROBLEMAS, OTORGAR CONSEJOS, APLICAR TECNICAS MEDICAS Y EVALUAR RESULTADOS CON SEGUIMIENTO. EN UNA SANA RELACION MEDICO/PACIENTE, AMBOS DEBEN APRENDER DEL CONOCIMIENTO MUTUO,⁸ DE LOS HECHOS BIOLOGICOS Y PSICOLOGICOS, ADEMAS DE LAS INFLUENCIAS SOCIOECONOMICOCULTURALES SOBRE LA CONDUCTA Y LA PERSONALIDAD DE LOS QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO Y PROGRAMAS DE ATENCION MEDICA.

ANTECEDENTES .

ESTA INVESTIGACION TUVO COMO PROPOSITO, COMPARAR LAS MODALIDADES O LOS TIPOS DE R/M/P, EN DOS CLINICAS, UNA CON MEDICOS GENERALES Y OTRA CON MEDICOS FAMILIARES; CON LOS FINES DE MEJORAR EL EN TENDIMIENTO DE ESTA RELACION, AMPLIAR SU CONOCI---MIENTO, APORTAR INFORMACION UTIL, AYUDAR EN LA DETERMINACION DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y TERAPEUTICAS; ASI COMO, BASIFICAR INVESTIGACIONES POSTERIORES CON INTERES DE MAYOR PROFUNDI--DAD.

ES NECESARIO ASENTAR, EN ESTE CAPITULO - QUE EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI; SE PRETENDE RESOLVER LA CRISIS DE LA MEDICINA; SIENDO SU REFLEJO MAS CLARO LA R/M/P, PERCIBIENDOSE POR LOS USUARIOS COMO DEFICIENTE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA. LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA HA SIDO CONTEMPLADA EN TRES DIMENSIONES: ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTA DOS.²³

LA R/M/P SE HACE NOTORIA EN EL PROCESO - Y LOS RESULTADOS,²³ ESTOS, CONSIDERADOS COMO SATIS

FACCION POR LA CONSULTA RECIBIDA, ACTITUDES DEL BINOMIO MEDICO/PACIENTE, Y DESDE LUEGO, LA COMUNICACION.⁷² LOS ELEMENTOS ANTERIORES INTEGRAN Y FUNDAMENTAN LA TESIS AQUI PRESENTADA SIENDO COMPATIBLE EN EL AREA BIOPSIOSOCIOCULTURAL Y ECONOMICA, QUE AFECTA A LA COMUNIDAD. ESPECIFICAMENTE SE ABORDAN LAS REPERCUSIONES DE LOS ACONTECIMIENTOS SOCIALES DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD Y SUS RESPUESTAS RESPECTIVAS. LOS PROBLEMAS POR RESOLVERSE A TRAVES DE LA R/M/P SON LOS MENCIONADOS POR LOS SIGUIENTES AUTORES: TALCOTT PARSONS,⁸ SOCIOLOGO, ESTUDIO MUCHOS PROBLEMAS DE LA ATENCION MEDICA, OCUPANDOSE TAMBIEN POR EL ROL DEL PACIENTE Y LAS RELACIONES MEDICO/PACIENTE.

ASIMISMO, EL GRUPO BALINT,⁹ DEL INSTITUTO TAVISTOCK DE RELACIONES HUMANAS, INVESTIGO LA INTERACCION MEDICO-ENFERMO, EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS MEDICA.

DENTRO DEL ANALISIS DE LA CRISIS MEDICA, DESTACAN VARIOS EXPERTOS COMO:

- ASHER¹⁰ QUE MENCIONA ALGUNOS DEFECTOS DE LA MEDICINA: SOBRE ESPECIALIZACION, MALOS TRATOS, PERE

ZA, OSCURIDAD, ETC.

- ERICH FROMM,¹¹ EXPRESABA: EL PELIGRO DEL FUTURO, ES QUE LOS HOMBRES PUEDAN LLEGAR A SER ROBOTS.
- MICHAEL HARRINGTON¹² PIENSA: SI HAY AVANCE TECNOLÓGICO, SIN AVANCE SOCIAL, HAY CASI AUTOMÁTICAMENTE, UN AUMENTO EN LA MISERIA HUMANA.

HAY DESCONTENTO DEL PACIENTE RESPECTO A COMO EL MÉDICO LO TRATA EN CONSULTA.² TAMBIÉN HAY DESCONTENTO DEL MÉDICO, REFIRIÉNDOSE A LOS RESULTADOS DE LA ASISTENCIA, QUE EL PROPORCIONA. LOS PACIENTES SE QUEJAN:

- A) QUE LA CONSULTA HA SIDO DEMASIADO RÁPIDA.
- B) CASI NO SE LES EXPLORA.
- C) NO HAY COMUNICACIÓN SUFICIENTE.
- D) NO SE LES DA, OPORTUNIDAD PARA DECIR LO QUE SIENTEN.
- E) NO SE LES INFORMA SOBRE LO QUE TIENEN, Y EL POR QUÉ.
- F) NO RECIBEN EXPLICACIONES SOBRE LOS MEDICAMENTOS.
- G) NO SE LES INFORMA SOBRE PROHIBICIONES, DIETA Y ACTOS VIVENCIALES.

LOS MEDICOS POR SU PARTE, SE SIENTEN INSATISFECHOS POR QUE LA MEDICINA CENTRALIZADA EN LA ENFERMEDAD, NO LES AYUDA A IDENTIFICAR ENFERMEDADES PSIQUICAS COTIDIANAS Y ADEMAS, LOS RECURSOS ACTUALES DE LA TERAPEUTICA, NO LOGRAN RESOLVER SUS PROBLEMAS. EN GENERAL, EXISTE GRAN RESISTENCIA A CONSIDERAR AL EJERCICIO DE LA MEDICINA, COMO UNA RELACION INTERPERSONAL.⁴ EL MEDICO PODRIA VALERSE, NO SOLO DE SINTOMAS Y SIGNOS, SINO TAMBIEN, DEL PADECER MEDICO DE SU ENFERMO, PARA CONOCER Y MANEJAR LOS PROBLEMAS QUE SE LE PLANTEAN.²⁵

RESPECTO A LA COMUNICACION VERBAL, HOLLANDER,¹⁴ AFIRMA QUE ES MUY COMUN EL EFECTO DE LA CULTURA EN LA MANERA DE HABLAR; SON LOS JOVENES, - LOS QUE TIENDEN A ADOPTAR PAUTAS DEL LENGUAJE Y CARACTERISTICAS DIALECTICAS DE UNA REGION CUALQUIERA.

DEBERA EVITARSE, EN LO POSIBLE, LAS SIGUIENTES PERTURBACIONES:¹³

1. NECESIDAD DE DEPENDENCIA EXAGERADA: EL PACIENTE SUSCITA CUIDADOS Y ATENCION POR TODOS LOS MEDIOS, INCLUIDA LA SIMULACION; DELIRIO EROTOMANIACO, SENTIMIENTO DE FRUSTRACION POR AVIDEZ DE SATISFACCION Y LA HIPOCONDRIA.

2. RECHAZO DE LA RELACION CON EL MEDICO.
3. DESAPARICION DE LOS SINTOMAS QUE INCITAN AL PA-
CIENTE A INTERRUMPIR EL TRATAMIENTO (TX).
4. DIFICULTAD PARA ASUMIR Y ACEPTAR EL PAPEL DE -
ENFERMO.
5. SENTIMIENTO DE INCOMPRESION.

SE HA PENSADO EN LA NECESIDAD DE MODIFI-
CAR LA ENSEÑANZA Y LA FORMACION DEL MEDICO, ASI CO-
MO, ADECUAR LA ESTRUCTURA Y OBJETIVOS DE LA CONSUL-
TA MEDICA,²⁶ PARA QUE ESTUDIANTES Y MEDICOS POSTE-
RIORMENTE CONDZCAN, APRENDAN Y EJERCITEN UN PROCE-
SO DE SOCIALIZACION EN SU COMPORTAMIENTO Y CAMBIO
DE ACTITUDES EN CONJUNTO CON EL EQUIPO DE SALUD, -
AL OBSERVAR LOS VERDADEROS VALORES DE LA PROFESION
MEDICA; Y POR TAL MOTIVO, RECIENTEMENTE SE INICIO
LA LICENCIATURA EN MEDICINA COMUNITARIA.²⁷

AQUI SE ESTUDIAN TRES TIPOS DE R/M/P, EN
CONCORDANCIA AL MODELO DE SZASZ Y HOLLANDER.²⁸
LOS AUTORES MENCIONADOS, ESTRUCTURAN UN ESTUDIO DE
LOS CONCEPTOS, SIGNIFICADO DEL TX, RESULTADO TERA-
PEUTICO Y LAS NOCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD; CO--
RRELACIONADOS CON SU CLASIFICACION DE LA R/M/P:

- ACTIVO/PASIVO (ADULTO-INFANTE).
- GUIA/COOPERACION (ADULTO-ADOLESCENTE).
- PARTICIPACION MUTUA (ADULTO-ADULTO).

M A R C O T E O R I C O .

EL MARCO DE REFERENCIA HUMANISTA,²⁹ ES -
UN INSTRUMENTO CONCEPTUAL, QUE PERMITE ABORDAR AL
HOMBRE COMO UN CAMPO UNITARIO E INTEGRAL; SIENDO A
LA VEZ, UN MARCO FILOSOFICO COMPATIBLE CON EL ESTU
DIO OBJETIVO DE LA NATURALEZA HUMANA AL QUE SE LLE
GA, PARTIENDO DE LOS HECHOS BIOLOGICOS. POR ENDE,
LA MEDICINA HUMANISTICA, ES AQUELLA QUE TOMA EN --
CUENTA LOS VALORES DEL HOMBRE, COMO SER HUMANO. -
SON REFLEXIONES QUE EVIDENCIAN, EL ENFASIS DEL HU
MANISMO EN LA MEDICINA, SEGUN EL DR. DE LA FUENTE¹⁵;
- LA NECESIDAD DE RECONOCER LAS LIMITACIONES DE LA
TECNICA.
- LA PERDIDA DE LA PERSPECTIVA HUMANA Y LA TENDEN
CIA A LA IMPERCEPCION DE LO QUE ES SUBJETIVO Y -
PROFUNDO, CUANDO SE ADOPTA UN CONCEPTO SIMPLIFI
CADO DEL HOMBRE.

- LA FUNDAMENTAL COMPRENSION DEL HOMBRE COMO TOTALIDAD Y DEL HOMBRE COMO INDIVIDUALIDAD.

SIENDO PROPOSITO DE LA MEDICINA HUMANISTICA:¹⁵

- INSTRUIR PARA APRENDER A VALORAR LO TECNICO, JUNTO CON LO HUMANO.
- DESARROLLAR ACTITUDES REFLEXIVAS Y CRITICAS AL UTILIZAR LOS RECURSOS TECNICOS.
- INTERESAR EN LA INVESTIGACION DE LAS REACCIONES COMPLEJAS.
- IDENTIFICAR LOS VALORES HUMANISTICOS PARA DESARROLLAR ACTITUDES Y SENTIMIENTOS CONSTANTES.^{15;30}
- TOMAR EN CUENTA LA PERSONALIDAD Y CIRCUNSTANCIAS CULTURALES Y SOCIALES DE LOS HOMBRES EN LA SALUD Y ENFERMEDAD.⁵⁵
- CONSIDERAR LA INFLUENCIA PSICOTERAPEUTICA DE APOYO.
- RESOLVER SATISFACTORIAMENTE LA R/M/P.

EN ESTE ENLACE TEORICO, SE INCLUYE EL MODELO DE SZASZ Y HOLLANDER,²⁸ QUE FORMULA PROPUESTAS DE INTERRELACION PERSONAL EN FUNCION DE PROPOSITOS, ACTITUDES Y ACUERDOS EN TRES DIFERENTES CA-

TEGORIAS; ENTRE EL PACIENTE Y SU MEDICO, ANTE LA -
SALUD O LA ENFERMEDAD.

SZASZ Y HOLLANDER PROPONEN TRES MODELOS BASICOS DE
LA RELACION MEDICO PACIENTE:

MODELO:	ROL DEL MEDICO:	ROL DEL PACIENTE:	APLICACION CLINICA :	PROTOTIPO:
ACTIVO/ PASIVO.	HACER - ALGO AL PACIEN- TE.	RECEPTOR, 'INCAPAZ - DE RESPON- DER. INER- TE.	ANESTESIA, TRAUMA AGU- DO, COMA, ETC.	PADRE- INFANTE.
GUIA/- COOPE- RACION.	LE DICE AL PA-- CIENTE LO QUE DEBE HA- CER.	COOPERA, OBEDECE.	INFECCION AGUDA.	ADOLE- CENTE.
PARTICI- PACION MUTUA.	AYUDA - AL PA-- CIENTE, PARA -- QUE EL SE AYU- DE.	USA AYUDA DE EXPER- TO.	MAYORIA DE ENFERMEDA- DES CRONI- CAS, PSICO- ANALISIS, ETC.	ADULTO- ADULTO.

FUENTE: A CONTRIBUTION TO THE PHILOSOPHY OF MEDICI-
NE: A.M.A. ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE. 97.585/
597. 1956.

JUSTIFICACION.

LA ESTRUCTURA HUMANISTICA DE -
LA R/M/P, ENFATIZA EN EL MEDICO, ASPECTOS PSICOLO-
GICOS Y SOCIALES; APOYANDOSE CON ENFASIS CRITICO,
EN EL RAZONAMIENTO HECHO POR EL MAESTRO DR. RAMON
DE LA FUENTE MUNIZ,³¹ SOBRE LA CRISIS DE LA MEDICI-
NA EN RAZON DIRECTA A LOS FACTORES QUE LA DESHUMA-
NIZAN Y EL INTENTO DE HUMANIZARLA.

COMO FACTOR PRINCIPAL QUE INFLUYE EN LA
DESHUMANIZACION DE LA MEDICINA, ESTA LA TECNIFICA-
CION CONTEMPORANEA,⁷² ADEMAS DE LA IMPORTANCIA QUE
SE HA DADO A LOS VALORES MATERIALES Y AL CONCEPTO
REITERATIVO QUE TODO LO QUE RESULTE TECNICAMENTE -
POSIBLE DEBE HACERSE; SIN OLVIDAR LA MANERA COMO -
SE APLICA LA TECNICA. CON LA TECNIFICACION, SE --
EVITA TOMAR EN CUENTA LOS VALORES DEL HOMBRE COMO
SER HUMANO.³¹

EL DR. FERNANDO MARTINEZ CORTES,¹⁶ TRANSCRIBE EN -
UNO DE SUS TEXTOS: LA ENFERMEDAD ADQUIERE TODA LA
IMPORTANCIA DE UNA EXPERIENCIA INDIVIDUAL, QUE CA-
DA UNO VIVE A SU MANERA Y CUYO CONOCIMIENTO SE ASI

MILA EN LA R/M/P, EN LOS MOMENTOS EN QUE ESTA ES -
 MAS PSICOLOGICA QUE SOMATICA; MAS AFECTIVA QUE OB-
 JETIVA, EN LAS ACCIONES CONDUENTES HACIA LA COM-
 PRENSION DEL PACIENTE. SE COMPRENDE COMO LAS RAI-
 CES¹⁷ DE LA R/M/P:

- 1) PACIENTE: NECESIDAD DE AYUDA SOBRE UN PROBLEMA DE SALUD/ENFERMEDAD.
- 2) MEDICO: DISPOSICION AFECTIVA PARA SATISFACER LA NECESIDAD DEL PACIENTE Y CAPACIDAD CIENTIFICA Y -- TECNICA PARA HACERLO.

LAIN ENTRALGO,¹⁸ POSTULA LA FORMA ACTUAL DE LA R/M/P EN LA MEDICINA SOCIALIZADA E INSCRIBE SUS PRINCIPALES CAUSAS:

1. ESCASEZ DE LA DEDICACION DE TIEMPO A CADA EN-- FERMO.
2. DEFICIENCIA DE LOS ESTIMULOS E INCENTIVOS QUE OFRECE LA ORGANIZACION ASISTENCIAL, AL MEDICO.
3. INSATISFACTORIO SISTEMA PRESTADOR DE SERVICIOS.
4. DEFECTUOSA FORMACION SOCIAL DEL MEDICO.
5. DEFECTUOSA FORMACION CIVIL Y SOCIAL DEL ENFER- MO.

LA MEDICINA SOCIALIZADA, DA DOS CONSE---
CUENCIAS DE LA ORGANIZACION BUROCRATICA:³¹

1. LA PERDIDA DE LA INDIVIDUALIDAD.
2. PERDIDA DE LA RESPONSABILIDAD DEL SUJETO.

EN LA SITUACION ACTUAL, LA MEDICINA SO--
CIAL BUROCRATIZADA, SE PERFILA DESHUMANIZADA; Y SU
PROPOSITO ES LA REINTEGRACION DEL TRABAJADOR ENFER
MO A LA PRODUCTIVIDAD;³ POR TAL MOTIVO, MERECE UN
ANALISIS OBJETIVO, LA R/M/P, EN LAS UNIDADES MEDI-
CAS INSTITUCIONALES. LA EVALUACION DE LA ATENCION
MEDICA, EN UN SISTEMA INSTITUCIONAL DE SALUD Y EN
EL AMBITO DE LA ORGANIZACION BUROCRATICA, INTENTA
REALIZARSE POR MEDIO DE LA R/M/P; CITADA POR LEE
JONES;¹⁹ Y A LA VEZ, FUNDAMENTADA POR AVEDIS DONA
BEDIAN²⁰ EN DONDE ESTABLECE QUE LA ATENCION MEDI-
CA PUEDE EVALUARSE EN EL IV FACTOR DE SU CLASIFI-
CACION, DENOMINADO: ESTUDIO QUE COMBINA PROCESO Y -
RESULTADOS.²⁰ ASIMISMO, SE ESTABLECEN CRITERIOS -
INDICATIVOS, PARA EVALUAR SATISFACTORIAMENTE LA TE
SIS, AQUI PRESENTADA.

CONVIENE RECORDAR EL CONCEPTO DE EVALUA-

CIÓN QUE EL DR. FAJARDO²¹ EMITE EN SUS TEXTOS: LA EVALUACIÓN, SE PUEDE DEFINIR EN ATENCIÓN DE LA SALUD, COMO EL PROCESO SISTEMÁTICO Y CIENTÍFICO DE DETERMINACIÓN DEL GRADO EN QUE UNA ESTRUCTURA, UN CONJUNTO DE ACCIONES Y UNOS RESULTADOS SE REALIZARON.

DE ACUERDO AL DR. CORDERA PASTOR,²² EVALUACIÓN, ES EL PROCESO DE SEÑALAR EL VALOR O CUANTÍA DE ÉXITO EN ALCANZAR UN OBJETIVO PREDETERMINADO.

EN SUMA, LAS RAZONES PARA LLEVAR A CABO ESTA INVESTIGACIÓN, FUERON LAS SIGUIENTES:

- 1.- LA FUNDAMENTACIÓN ANTERIOR DE LA CRISIS, TANTO DE LA MEDICINA Y DE LA R/M/P; AUNADA A LA DESHUMANIZACIÓN MÉDICA.
- 2.- ESTA TESIS COMPARA ANALÍTICAMENTE LA R/M/P, QUE SE DA EN LA PRÁCTICA, DE DOS CLÍNICAS DEL ISSSTE.
- 3.- EVIDENCIAR INTERACCIONES, PROPONIENDO CRITERIOS INDICADORES DE EVALUACIÓN.
- 4.- AMPLIAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LA R/M/P.
- 5.- APORTAR INFORMACIÓN ÚTIL EN LA R/M/P.

- 6.- CORROBORAR LA EXISTENCIA O NO; DE ANALISIS SEMEJANTES EN LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD DE MEXICO.
- 7.- SE PRETENDE RETOMAR LO DICHO POR EL DR. MARTI NEZ CORTES;¹⁶ REFERENTE A SU PROPOSICION DE CAMBIAR EL MODELO BIOMEDICO, POR UN MODELO BIOPSIOSOCIAL.
- 8.- CON EL MODELO DE SZASZ Y HOLLANDER, SE DETECTAN LAS SIGUIENTES VENTAJAS: AL ESTABLECERSE UNA VERDADERA R/M/P SE DESCUBRE EL AMOR -- MEDICO, QUE BUSCA EN EL ENFERMO, EL BIEN MEDICO;²⁴ LA PROCURA DE SU SALUD; EL CONOCIMIENTO, COMPRENSION Y RESPETO HACIA EL PACIENTE; CONSIDERANDOSE ADECUADO UTILIZARLO, PORQUE CLASIFICA Y DESCRIBE LOS TIPOS DE R/M/P MAS FRECUENTES Y FUNDAMENTALES.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

EL RIESGO PRINCIPAL DE LA MEDICINA, CADA VEZ MAS INSTRUMENTAL Y TECNOLOGIZADA, ES Y - - SIGUE SIENDO, LA PERDIDA DE LA CONFIANZA SOCIAL.^{57,72}

POR EL CONTRARIO, LA ESPERANZA CON QUE ACUDEN LOS PACIENTES AL MEDICO DE FAMILIA, ES QUE ESTE LE AYUDARA A RESOLVER SUS PROBLEMAS, YA SEAN BIOFISICOS, EMOCIONALES, INDIVIDUALES O FAMILIARES.⁵⁶

POR LO TANTO, SE IDENTIFICA COMO PROBLEMA LA R/M/P, AL CONFORMARSE EL GENUINO INTERES DEL MEDICO POR AYUDAR AL PACIENTE, EN SUS DUDAS DE SALUD/ENFERMEDAD Y CONSTATARSE EN LA PRACTICA CON LA INSATISFACCION O SATISFACCION DEL USUARIO; AL OTORGARSELE LA CONSULTA MEDICA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION. OTRA PERSPECTIVA QUE REFUERZA LA IMPORTANCIA DE LA R/M/P, EN EL CONTEXTO ACTUAL DE LA MEDICINA, ES LO EXPRESADO POR EL DR. NARRO Y COLS.⁷

"LA R/M/P, TOMA LUGAR PREFERENCIAL DENTRO DE UN -

PROCESO DE GRAN DINAMISMO EN EL QUE INTERACTUAN, -
TANTO EL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDI
CA, COMO EL PERSONAL DE SALUD; PARTICIPANDO AMBOS
GRUPOS CON TODA SU HERENCIA BIOLOGICA Y SOCIOCUL
TURAL*.

ES INDISCUTIBLE LA RELEVANCIA DE LA - -
R/M/P, DADA COMO UNA ESPECIFICA INVESTIGACION Y ES
TUDIO QUE COMBINA PROCESO Y RESULTADOS, EN LA EVA
LUACION DE LA ATENCION MEDICA.

EN LA PRACTICA DE UNA BUENA MEDICINA,⁸ Y
POR ENDE EN LA R/M/P, SE HA OBSERVADO QUE SON NECE
SARIAS LAS SIGUIENTES CUALIDADES MEDICAS:³²
SENSIBILIDAD, COMPRENSION, CALOR HUMANO, PACIENCIA,
INTEGRIDAD, ATENCION/INTERES, DESEO DE ESCUCHAR, -
CONFIANZA PROYECTADA AL PACIENTE, ACTITUD DE EXPL
RAR Y OTORGAMIENTO EXPLICATIVO DEL MALESTAR BIOFI
SICO Y DE SU PADECER,^{3,32} ENTRE OTRAS; SI ESTO, SE
EVITA Y ES PERCIBIDO POR EL USUARIO; ENTONCES SE -
GENERA LA PROBLEMATICA Y POR CONSECUENCIA SU ANALI
SIS; SIENDO ESTE TRABAJO UNA INVESTIGACION EN FUN
CION DEL MODELO DE SZASZ Y HOLLANDER.

AL FINAL DE LA INTERRELACION MEDICO/PACIENTE, ES EL PROPOSITO DEL MEDICO PROPORCIONAR CONOCIMIENTOS, MANIFESTAR ACTITUDES Y HABILIDADES;⁷² PARA ASIMILAR INFORMACION, ACLARAR CUESTIONAMIENTOS, DAR ORIENTACIONES, APLICAR TECNICAS MEDICAS Y EVALUAR RESULTADOS, CONTEMPLANDO CON TODO LO ANTERIOR, LA TRASCENDENCIA DE LO AQUI PRESENTADO COMO ANALISIS DE LA R/M/P, DESEANDO LLEGAR A OTRAS - - AREAS DE INTERES O DE GRUPOS SOCIALES Y PROPALAR - SU BENEFICIO DENTRO DEL CONTEXTO MEDICO SOCIAL. ACTUALMENTE SE ESTAN TOMANDO MEDIDAS CORRECTIVAS¹⁶ EN LA ENSEÑANZA/APRENDIZAJE DE LA R/M/P, YA SEA EN LAS FACULTADES DE MEDICINA O POR MEDIO DE LA EDUCACION CONTINUA POR LO QUE LA AMPLITUD DEL PROBLEMA, SE ENFOCARA DESDE SUS RAICES; ADQUIRIENDO ASI EXCEPCIONAL JERARQUIA COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE EN EL QUEHACER MEDICO.³³

ES RESPONSABILIDAD DE LOS PARTICIPANTES DEL PROCESO EDUCATIVO, ASI COMO DE LOS PLANEADORES DE SALUD, DIRECTIVOS Y FUNCIONARIOS DEL SISTEMA DE SALUD, QUE ESTE SEA ACTUALIZADO.

EL PROBLEMA DE LA SALUD MUNDIAL Y A LA VEZ SU PILAR PRIMORDIAL LA R/M/P; SE ENCUENTRA INTIMAMENTE IMPLICADO EN LOS PRERREQUISITOS FUNCIONALES DEL SUPRASISTEMA SOCIAL⁸ Y DESDE LUEGO EN EL SISTEMA DE SALUD NACIONAL, QUE PROCURA SATISFACER AL USUARIO, HACIENDO DE LA R/M/P; UN ENTE VULNERABLE, QUE NECESITA REESTRUCTURARSE PARA LA MEJOR ATENCION DE LA POBLACION A QUE DA SERVICIO EL SECTOR SALUD, ASI COMO, A LOS DERECHOHABIENTES DEL SISTEMA.

CONCLUYENDO, ESTE PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DETERMINA SU VIABILIDAD, QUE INCLUYE LA CAPACIDAD TECNICA (FACTIBILIDAD), PARA REALIZAR ESTE ANALISIS; Y SE FUNDAMENTA EN LA ACEPTACION SOCIAL^{8B} DEL MISMO, CON LA MISION DE LOGRAR UN BUEN RESULTADO POR PARTE DEL INVESTIGADOR; POR LO QUE SE ASEVERA LO SIGUIENTE:

- LA CONSULTA MEDICA SURGE COMO CIMENTACION EN EL ANALISIS COMPARATIVO DE LA R/M/P, CON EL MODELO DE SZASZ Y HOLLANDER.²⁸
- FALTA DISCERNIMIENTO O JUICIOS DE VALOR, EN LA -

SATISFACCION O INSATISFACCION DE LA CONSULTA MEDICA RECIBIDA.⁷²

- ES DE ALTA SIGNIFICANCIA ESTADISTICA CONOCER LA SATISFACCION DEL USUARIO.
- SE DESCONOCE EN EL I S S S T E, LA EXISTENCIA DEL TIPO DE RELACION MEDICO/PACIENTE DOCUMENTADA, QUE PREVALECE.

OBJETIVOS .

OBJETIVO GENERAL .

DETERMINAR QUE TIPO DE R/M/P ES LA MAS FRECUENTE Y ADECUADA, EN EL CONTEXTO DE LA POBLACION ESTUDIADA; DE ACUERDO CON EL MODELO DE SZASZ Y HOLLANDER MODIFICADO.

OBJETIVOS ESPECIFICOS .

1. DETERMINAR SI EL MEDICO TIENE ACTITUD, PARA SATISFACER LAS ESPECTATIVAS DEL ENFERMO:
 - 1.1.- ATENCION.
 - 1.2.- INTERES.
 - 1.3.- SEGURIDAD.
 - 1.4.- DESEO DE AYUDAR.
 - 1.5.- INSPIRADOR DE CONFIANZA.

2. DETERMINAR Y DESCRIBIR LAS ACTITUDES DEL ENFERMO ANTE SU ENFERMEDAD:
 - 2.1.- ACEPTACION REALISTA DE LA ENFERMEDAD.
 - 2.2.- ASPIRACION GENUINA A RECUPERAR LA SALUD.
 - 2.3.- HOSTILIDAD CONTRA EL MEDICO.
 - 2.4.- NEGACION DE LA ENFERMEDAD.
 - 2.5.- SOMETIMIENTO.

3. EXPLICAR LAS CONDICIONES DE LA R/M/P-EN PADECIMIENTOS AGUDOS Y CRONICOS:
 - 3.1.- DISPONIBILIDAD DE TIEMPO.
 - 3.2.- COMUNICACION (VERBAL Y NO VERBAL).
 - 3.3.- EXPLICACION DE LA PATOLOGIA, EDUCACION Y MEDIDAS PREVENTIVAS.

4. SATISFACCION POR LA CONSULTA RECIBIDA.

MATERIAL Y METODOS .

DE ACUERDO AL MARCO TEORICO, SE UTILIZO EL MODELO DE SZASZ Y HOLLANDER; MODIFICADO Y ADAPTADO POR EL INVESTIGADOR.

MODELO I: MEDICO: PACIENTE: CLINICA: PROTOTIPO:

ACTIVO/PASIVO.	HACER ALGO POR SU PACIENTE.	RECEPTOR.	INFECCIONES AGUDAS.	PADRE/HIJO.
----------------	-----------------------------	-----------	---------------------	-------------

MODELO II:

DIRECCION/COOPERACION.	LE INDICA LO QUE <u>DE</u> BE DE HACER!	COOPERA	ENFERMEDADES -- SUBAGUDAS.	ADOLESCENTE.
------------------------	---	---------	----------------------------	--------------

MODELO III:

PARTICIPACION MUTUA.	AYUDA PARA QUE EL <u>MIS</u> MO MEJORE.	PARTICIPA - EN SU MEJORIA USA AL EXPERTO.	ENFERMEDADES -- CRONICAS.	ADULTO/ADULTO.
----------------------	---	---	---------------------------	----------------

ESTE MODELO MODIFICADO SE UTILIZO EN ESTA INVESTIGACION, CON EL FIN DE AVERIGUAR QUE TIPO DE LAS OPCIONES DESCRIBIDAS.

TAS EN LA RELACION MEDICO/PACIENTE, SON APLICADAS POR LOS MEDICOS EN LA ATENCION DE SUS PACIENTES, EN CADA UNA DE LAS 201 ENTREVISTAS CLINICAS.

FUENTE: NARRO ROBLES Y RODRIGUEZ DOMINGUEZ (RELACION MEDICO/PACIENTE, REVISTA FACULTAD DE - MEDICINA UNAM, VOL. 18, Nº 5: 75; 45/49).

A CONTINUACION SE EXPONEN LAS VARIABLES

Y	SU	CLASIFICACION. ³⁴
DENOMINACION:	CUALITATIVA:	CUANTITATIVA:
RELACION MEDICO/PACIENTE.	+	
ESPECTATIVAS DEL ENFERMO.	+	
ACTITUDES DEL MEDICO.	+	
ACTITUDES DEL ENFERMO.	+	
PADECIMIENTOS AGUDOS.		+
PADECIMIENTOS CRONICOS.		+
EXPLICACION PATOLOGICA.	+	

DENOMINACION:	CUALITATIVA:	CUANTITATIVA:
EDUCACION.	+	
MEDIDAS PREVENTIVAS.	+	
SATISFACCION.	+	

EL TIEMPO QUE SE UTILIZO PARA LA REALIZACION DE --
 LAS ENCUESTAS; FUE DE TRES SEMANAS.
 SE TOMO DE CADA SEMANA, DOS DIAS HABILES, DE LA
 SIGUIENTE MANERA: LUNES Y MARTES DE LA PRIMERA
 SEMANA, MIERCOLES Y JUEVES DE LA SEGUNDA, Y
 JUEVES Y VIERNES DE LA TERCERA SEMANA.

LA INTEGRACION DEL CRONOGRAMA ESTUVO DISTRIBUIDA
 POR LA PLANEACION, ANTECEDENTES, OBJETIVOS,
 DISEÑO, PROCEDIMIENTOS, EJECUCION, ANALISIS
 ESTADISTICO, RESULTADOS, DISCUSION, ELABORACION
 DEL ESCRITO Y LA ENTREGA; A TRAVES DE DOSCIENTOS
 CUARENTA Y TRES DIAS.

EL TIPO DE MUESTRA FUE: MUESTREO POR CONVENIENCIA, SE DEFINIO EL TAMAÑO EN 100 PARA CADA CLINICA. SE COMBINO CON SELECCION DE DOS DIAS SEGUIDOS, POR CADA SESION DE TRABAJO EN TRES SEMANAS; ALTERNANDO EL DIA DE LA SEMANA. SE ENTREVISTO A TODA PERSONA QUE CUMPLIERA CON LOS SIGUIENTES

REQUISITOS:

- A) DERECHOHABIENTES FEMENINOS Y MASCULINOS, DEL ISSSTE, EN LAS DOS CLINICAS ESTUDIADAS.
- B) EDADES DE LOS USUARIOS EN ESTUDIO, ENTRE LOS 20 A 65 AÑOS: AGRUPANDOSE EN MENORES DE 44 AÑOS Y MAYORES DE 45, POR QUE ES LA EDAD LIMITE QUE SE ADMITE LABORAR, DE ACUERDO A SU REGLAMENTO VIGENTE.
- C) DERECHOHABIENTES INSCRITOS EN LA PROGRAMACION DIARIA Y REGULAR DE LAS CLINICAS DE MEDICINA GENERAL Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.
- D) PORTADORES DE PADECIMIENTOS AGUDOS Y CRONICOS. AGUDOS COMO INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES Y ENFERMEDADES DIARREICAS: CRONICOS: COMO DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA, ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA Y

ENFERMEDADES ARTERIALES/VENOSAS.

COMO DISEÑO SE ESTABLECIO UN ESTUDIO DESCRIPTIVO Y TRANSVERSAL.

LOS INSTRUMENTOS FUERON: INSTRUCTIVO DE CAPACITACION, FORMATO DE PRUEBA PILOTO, CUESTIONARIO DEFINITIVO, TARJETAS DE RECOLECCION DE DATOS, CUADROS DE VACIAMIENTO, TABLAS DE CONCENTRACION, TABULACION DE RESULTADOS, TARJETAS AUXILIARES DE CLASIFICACION Y DEMAS INSUMOS. TODOS LOS RECURSOS NECESARIOS FUERON PROPORCIONADOS POR EL I S S S S T E.

SE ANEXAN DESCRIPCIONES DE LOS GRADOS DE INFLUENCIA DE VARIABLES.

ESQUEMA DE LAS VARIABLES QUE MAS INFLUYEN EN LA RELACION MEDICO/PACIENTE:



<u>GRADO DE INFLUENCIA:</u>	<u>Nº DE LAS PREGUNTAS; IDENTIFICACION DEL USUARIO :</u>	<u>PREGUNTAS; IDENTIFICACION DEL USUARIO :</u>
1.	8	LE INDICO, COMO EVITAR RECAIDAS?
2.	12	LE INSPIRO CONFIANZA?
3.	14	EL MEDICO LE DIJO SU NOMBRE Y - APELLIDO?
4.	9	LE DIJO COMO MEJORAR SU SALUD?
5.	I	SEXO
6.	7	LE EXPLICO EN QUE CONSISTE SU - ENFERMEDAD?
7.	18	EL PADECIMIENTO QUE TIENE USTED COMO LO SOBRELLEVA?
8.	I	EDAD USUARIO
9.	5	SIENTE POR SU MEDICO? . . .
10.-	19	CUAL ES SU PADECIMIENTO?
11.-	21	PARA USTED, LA CONSULTA FUE SATISFACTORIA, PORQUE?
12.-	6	EL MEDICO LE DIO OPORTUNIDAD DE HACER ALGUNA PREGUNTA ?
13.-	1	SE INTERESO POR SU PROBLEMA?

LOS CUADROS ANTERIORES INCLUYEN EL CONTENIDO DE LAS PREGUNTAS Y SU IMPORTANCIA EXPRESADA POR LOS ENCUESTADOS, EN LA APLICACION DE LOS 201 CUESTIONARIOS.

LOS DATOS VERTIDOS EN LOS ESQUEMAS ANTERIORES CONFORMAN INTERRELACIONES QUE DEMUESTRAN LA EXISTENCIA REALISTA DE DIFERENTES OPINIONES APORTADAS POR LOS DERECHOHABIENTES ESTUDIADOS EN FUNCION DE LA ATENCION MEDICA RECIBIDA.

SE IDENTIFICARON LAS VARIABLES EXTRAÑAS COMO: COMPRESION DEL CUESTIONARIO POR PARTE DEL DERECHOHABIENTE, DISTORSION DE LA AUTENTICIDAD DE LAS RESPUESTAS, TRANSCRIPCION DE LAS RESPUESTAS Y MANEJO DE LAS MISMAS.

FUE LA PARTICIPACION EXCLUSIVA DEL USUARIO; LIMITADA POR UN TIEMPO MINIMO QUE NO LO PERJUDICO, NI LO INCOMODO.

LA RECOLECCION SE HIZO A TRAVES DE ENTREVISTAS, APLICANDO CUESTIONARIOS Y CON LA OBSERVACION PARTICIPANTE DEL ENTREVISTADOR.

LOS REGISTROS SE EFECTUARON EN LOS CUESTIONARIOS QUE SE ANEXAN.

LA RECOLECCION DE DATOS FUE HECHA POR ENCUESTAS A TRAVES DE LA ADMINISTRACION DE UN CUESTIONARIO, HABIENDO UN CONTROL DE CALIDAD CADA

VEINTE CUESTIONARIOS PARA LA INVESTIGACION FORMAL Y EN CADA DIEZ CUESTIONARIOS PARA LA PRUEBA PILOTO. REPITIENDOSE UNA, EN CADA GRUPO, PARA VERIFICACION FIEL Y CONFIABLE DE LA INFORMACION OBTENIDA. REGISTRANDOSE LAS CONTESTACIONES POR CRUCES Y HACIENDOSE EL RECUENTO FINAL POR EL SISTEMA DE PALOTES, ELABORADO POR LOS ESCRUTADORES. COMO TECNICA DE OBTENCION DE DATOS SE UTILIZO LA OBSERVACION DE CONDUCTA PARTICIPATIVA, A TRAVES DEL INSTRUMENTO: ENTREVISTA. LA ENTREVISTA (CONVERSACION ORAL ENTRE DOS HUMANOS) TOMADA COMO UNA ENCUESTA,^{35,36,50} FUE UNA VERSION DE ACOPIO DE TESTIMONIOS ORALES.

LOS DERECHAHABIENTES SE ABORDARON AL SALIR DE SU CONSULTA PROGRAMADA, POR TRABAJADORAS SOCIALES DEL INSTITUTO. LA ENTREVISTA FUE DIRIGIDA, POR UN CUESTIONARIO, CON UNA SERIE DE PREGUNTAS EN NUMERO DE VEINTICINCO EN LA INVESTIGACION PILOTO Y DE VEINTIDOS EN LA FORMAL; REALIZADAS A UNA COMUNIDAD CONCRETA COMO SON LAS CUATRO CLINICAS DEL I S S S T E.

SE ADMINISTRÓ EL CUESTIONARIO PILOTO Y EL FORMAL, CON PREGUNTAS CERRADAS EN NUMERO DE DIECINUEVE, Y ABIERTAS EN NUMERO DE TRES. EN LAS PREGUNTAS CERRADAS, SE UTILIZÓ OPCIÓN MULTIPLE O BINARIA. DICHO CUESTIONARIO TUVO UN PROCESO PREPARATORIO, EJECUTORIO,⁵⁰ DE CONTROL Y CERRADO EN SU MOMENTO ADECUADO. ADEMÁS SE FIJO SU CONTENIDO, VOCABULARIO Y SECUENCIA DE PREGUNTAS; ESTRUCTURÁNDOSE PARA CAPTAR LA OPINIÓN DE LOS DERECHAHABIENTES.³⁶ SE REALIZARON DOS SESIONES DE ADIESTRAMIENTO, INSTRUCCIÓN E INFORMACIÓN PARA ENCUESTADORAS; ELABORÁNDOSE UN INSTRUCTIVO Y CRONOGRAMA QUE SE ANEXAN. TODO EL PERSONAL QUE INTERVIÓ EN LA INVESTIGACIÓN, FUE ADIESTRADO CON LOS MISMOS CRITERIOS.³⁵ LA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO TUVO ESTÍMULOS RECIBIDOS POR LOS DERECHAHABIENTES, POR MEDIO DE PREGUNTAS O REACTIVOS CON SUS ÍTEMS RESPECTIVOS.⁵⁰ EL CUESTIONARIO QUE SE ADMINISTRÓ EN LA PRUEBA PILOTO, TUVO VEINTICINCO PREGUNTAS; ELIMINÁNDOSE TRES DE ELLAS PARA LA EJECUCIÓN FORMAL, POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

1. SE ELIMINARON COMO PREGUNTAS DIRECTAS Y DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO PROPIAMENTE DICHO, EL SEXO Y LA EDAD; YA QUE, CORRESPONDEN A LA IDENTIFICACION DE LOS DERECHOHABIENTES.

2. SE ELIMINARON TAMBIEN EL TIPO DE MEDICO (GENERAL O FAMILIAR) SIENDO ESTAS DOS PREGUNTAS INNECESARIAS.

3. SE AUMENTO A LAS VEINTIUN PREGUNTAS DE MAYOR INTERES, CONCORDANTES CON LOS OBJETIVOS; LA PREGUNTA -EL MEDICO LE DIJO SU NOMBRE Y APELLIDO?- PARA CONSTATAR SI EL MEDICO SE DABA A CONOCER.

A N A L I S I S .

PARA DESCRIBIR A LA POBLACION ESTUDIADA, EL ANALISIS SE EFECTUO EN VIRTUD DE LAS MODALIDADES DE LAS VARIABLES Y DE ACUERDO AL SIGUIENTES ESQUEMA:

VARIABLES:	TABLAS Y GRAFICAS:	UNIDADES DE MEDIDA:
CUANTITATIVA.	POLIGONOS DE FRECUEN CUENCIAS.	PROMEDIOS.
CUALITATIVA.	BARRAS APAREADAS.	PORCENTAJES.

PARA COMPARAR LA R/M/P Y LOS MODELOS DESCRITOS, EN LOS MEDICOS FAMILIARES Y MEDICOS GENERALES; SE UTILIZARON PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA, APLICANDOSE PRUEBAS NO PARAMETRICAS; SIENDO χ^2 - (COLTON, T.: ESTADISTICA EN MEDICINA, SALVAT 1979 - WAYNE, D.: BIOESTADISTICA, LIMUSA/87), CON CORRECCION DE YATES^{37.47} (WAYNE, DANIEL: BIOESTADISTICA; LIMUSA/87), Y PRESENTANDOSE EN CUADROS DE CONTINGENCIA DE 2X2, 2X3, ETC., DE ACUERDO A LAS VARIABLES EN ESTUDIO.

CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES.

SE CONTEMPLA, LA DECLARACION DE HELSINKI Y EL CODIGO DE NUREMBERG QUE ENMARCARON LOS LINEAMIENTOS DE ESTE TRABAJO. A LA VEZ, SE REVISO EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, EN CUYA LEY GENERAL DE SALUD, EXPLICA LOS MECANISMOS DE LA INVESTIGACION EN MATERIA DE SALUD Y SUS REGLAMENTOS RESPECTIVOS, QUE FUNDAMENTAN LO AQUI MENCIONADO. EN CUANTO A LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD SANCIONES Y DELITOS Y SUS REGLAMENTOS RESPECTIVOS,

SE BASIFICO EL ASPECTO LEGAL E INSTITUCIONAL. SE CONTO CON LA APROBACION DE LAS AUTORIDADES SUPERIORES Y DIRECTORES DE CLINICAS, SIN LLEGAR A TRANSGREDIR EN NINGUN MOMENTO EL MARCO JURIDICO DEL ISSSTE Y DE LA REPUBLICA. SE EVITO OFENDER LA PERSONALIDAD Y LA PRIVACIDAD DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO. NO EXISTIERON RIESGOS PARA LOS SUJETOS EN ESTUDIO, POR NO SER INVASIVO EL MISMO. LA INTEGRIDAD FISICA, PSICOLOGICA Y SOCIOCULTURAL DE CADA UNO DE LOS ENTREVISTADOS, FUE RESPETADA.

RESULTADOS.

LA POBLACION EN ESTUDIO ESTABA CONFORMADA POR TRABAJADORES Y SUS FAMILIAS, TODOS DERECHAHABIENTES DEL ISSSTE; UBICADOS EN LAS SIGUIENTES CLINICAS: "DR. IGNACIO CHAVEZ" Y "DIVISION DEL NORTE".

LOS CRITERIOS DE SELECCION FUERON ESTABLECIDOS PREVIAMENTE PARA LA POBLACION EN ESTUDIO.

LOS MEDICOS ERAN CON LICENCIATURA DE MEDICOS GENERALES EN NUMERO DE CUATRO; Y 4 MEDICOS CON ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR; CON EDADES QUE FLUCTUABAN ENTRE 29 y 46 AÑOS, DE SEXO MASCULINO, CON ANTIGUEDAD EN LA INSTITUCION MEDICA, DE CUATRO A QUINCE AÑOS. LOS MEDICOS ANTERIORES, FUERON TITULARES DE CADA CONSULTORIO, LABORANDO EN LOS TURNOS MATUTINO Y VESPERTINO.

LOS SUJETOS DE LA INVESTIGACION, FUERON HOMBRES Y MUJERES, ENTRE 20 Y 65 AÑOS DE EDAD, INSCRITOS EN LA PROGRAMACION DIARIA Y REGULAR DE CADA UNA DE LAS CLINICAS INVOLUCRADAS; SIENDO - --

PORTADORES DE PADECIMIENTOS AGUDOS Y CRONICOS.

EN LOS AGUDOS SE SELECCIONARON INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES Y ENFERMEDADES DIARREICAS Y COMO CRONICOS: DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA, ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA Y ENFERMEDADES ARTERIALES Y VENOSAS.

SE OBSERVO LA DINAMICA DE LA RELACION MEDICO/PACIENTE EN UN UNIVERSO DE 20,000 DERECHOHABIENTES DE LAS CLINICAS "DR. IGNACIO CHAVEZ" Y "DIVISION DEL NORTE", DEL I S S S T E; CON UN NUMERO DE ENTREVISTAS IGUAL A 200. CIEN ENTREVISTAS EN CADA UNA DE LAS CLINICAS, CONFORMANDOSE LA MUESTRA. LOS SUJETOS DE LA MUESTRA SE INTEGRARON CON 101 PACIENTES DE DOS CONSULTORIOS ATENDIDOS POR DOS MEDICOS GENERALES;- Y 100 PACIENTES DE DOS CONSULTORIOS ATENDIDOS POR MEDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR. SE ESTUDIO EN ESTE TRABAJO 201 DERECHOHABIENTES Y CUATRO MEDICOS EN LA INVESTIGACION FORMAL; POR LO QUE RESPECTA A LA PRUEBA PILOTO, SE INVESTIGO A 42 DERECHOHABIENTES Y 4 MEDICOS.

CUADRO I.

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO.			
IDENTIFICACION DEL USUARIO : <u>S E X O</u>	CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR :	CLINICA DE MEDICINA GENERAL :	TOTALES:
FEMENINO:	83	64	147
MASCULINO:	15	34	49
N H D:	2	3	5
TOTALES:	100	101	201

OBSERVACION: PREGUNTA ELIMINADA EN EL INSTRUMENTO FORMAL.

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DEL CUESTIONA--
RIO APLICADO ANEXO. 32,34,38,39,40,41,42,43,44,45

46,48,49,50,72.

C U A D R O I I .

DISTRIBUCION DE DERECHOHABIENTES POR EDAD

<u>IDENTIFICACION DEL USUARIO :</u> <u>E D A D</u>	CLINICA DE MEDICINA - FAMILIAR :	CLINICA DE MEDICINA GENERAL:	TOTALES:
MENOR DE 44 AÑOS (DE 20 A 44):	72	60	132
MAYOR DE 44 AÑOS (DE 45 A 65):	28	41	69
TOTALES:	100	101	201

OBSERVACION: PREGUNTAS ELIMINADAS EN EL INSTRUMENTO FORMAL.

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DEL CUESTIONARIO APLICADO.

CUADRO III.

DISTRIBUCION PADECIMIENTOS:	PORCENTUAL		POR PADECIMIENTOS.	
	CLINICA DE MEDICINA - FAMILIAR :		CLINICA DE MEDICINA GENERAL:	
	Nº:	% :	Nº:	% :
INFECCION VIAS RESPI- RATORIAS SUPERIORES.	21	21.0	32	31.69
ENFERMEADES DIA- RREICAS.	13	13.0	9	8.91
HIPERTENSION ARTE- RIAL SISTEMICA.	20	20.0	10	9.90
ENFERMEDAD ARTICU- LAR DEGENERATIVA.	9	9.0	7	6.93
DIABETES MELLITUS.	4	4.0	9	8.91
ENFERMEADES ARTERIA LES Y VENOSAS.	13	13.0	3	2.97
OTRAS:	20	20.0	31	30.69
	<u>100</u>	<u>100.0%</u>	<u>101</u>	<u>100.0%</u>

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DEL CUESTIONA-
RIO APLICADO.

CUADRO IV.

CUANTIFICACION NUMERICA Y PORCENTUAL DE --
 TIPO DE PADECIMIENTO DE LOS DERECHOHABIENTES
 QUE ACUDIERON A LAS CLINICAS ESTUDIADAS.

PADECIMIENTOS:	CLINICA DE MEDICINA - FAMILIAR :		CLINICA DE MEDICINA GENERAL :	
	Nº:	%:	Nº:	%:
A G U D O S .	34	34	41	40.60
C R O N I C O S .	46	46	29	28.71

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO
 APLICADO.

C U A D R O V .

DESCRIPCION DE LOS MEDICOS FAMILIARES
Y MEDICOS GENERALES.

			EDAD:	ANTIGUEDAD:
M F :	MEDICO ₁	MASCU- LINO :	MENOR DE 30 AÑOS.	MENOR DE 5 AÑOS.
	MEDICO ₂	MASCU- LINO:	MENOR DE 30 AÑOS.	MENOR DE 5 AÑOS.
M G :	MEDICO ₁	MASCU- LINO.	MAYOR DE 30 AÑOS.	MAYOR DE 5 AÑOS.
	MEDICO ₂	MASCU- LINO.	MAYOR DE 30 AÑOS.	MAYOR DE 5 AÑOS.

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO
APLICADO.

CUADRO VI

CORRELACION ENTRE LOS MODELOS UTILIZADOS EN ESTA INVESTIGACION Y LAS PREGUNTAS APLICADAS EN FUNCION DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.- ACTIVO/PASIVO.

- EL MEDICO SE INTERESA POR SU PROBLEMA?
A) ATENCION; B) INTERES.
- DEMUESTRO DESEO DE AYUDARLE?
A) DESEO DE AYUDAR.
- LE DEDICO EL TIEMPO NECESARIO A SU CONSULTA.
A) DISPONIBILIDAD DE TIEMPO.
- EL MEDICO LE SALUDA?
A) ATENCION.
- SE AJUSTA A LAS INDICACIONES MEDICAS?
A) SOMETIMIENTO; B) ASPIRACION GENUINA A RECUPERAR LA SALUD; C) ACEPTACION REALISTA DE LA ENFERMEDAD; D) NEGACION DE LA ENFERMEDAD; E) HOSTILIDAD.
- LE INDICO COMO EVITAR RECAIDAS?
A) COMUNICACION; B) EXPLICACION DE LA PATOLOGIA. C) EDUCACION PARA LA SALUD; D) MEDIDAS PREVENTIVAS.
- LE INSPIRO CONFIANZA?
A) INSPIRADOR DE CONFIANZA.

- PARA USTED LA CONSULTA FUE SATISFACTORIA -- PORQUE?
A) LE ESCUCHO; B) LE ORIENTO; C) DESEO DE - AYUDAR.

II.- DIRECCION/COOPERACION.

- LE DIJO COMO MEJORAR SU SALUD?
A) EDUCACION PARA LA SALUD; B) MEDIDAS PREVENTIVAS.
- EL MEDICO LE DIO OPORTUNIDAD DE HACER ALGUNA PREGUNTA?
A) SEGURIDAD; B) INTERES; C) COMUNICACION.
- COMO LOGRA SU RECUPERACION?
A) ACEPTACION REALISTA DE LA ENFERMEDAD;
B) ASPIRACION GENUINA A RECUPERAR LA SALUD;
C) NEGACION DE LA ENFERMEDAD.
- LE DEDICO EL TIEMPO NECESARIO A SU CONSULTA.
A) DISPONIBILIDAD DE TIEMPO.
- LE INDICO COMO EVITAR RECAIDAS.
A) EDUCACION PARA LA SALUD; B) COMUNICACION;
C) MEDIDAS PREVENTIVAS.
- LE INSPIRO CONFIANZA?
A) INSPIRADOR DE CONFIANZA.
- SIENTE POR SU MEDICO? . . .
A) ACEPTACION; SIMPATIA; C) RECHAZO; D) HOSTILIDAD.

- EL MEDICO LE DIJO SU NOMBRE Y APELLIDO?
A) SEGURIDAD; B) INSPIRADOR DE CONFIANZA.
- SU PADECIMIENTO COMO LO SOBRELLEVA?
A) ASPIRACION GENUINA DE RECUPERAR LA SALUD;
B) ACEPTACION REALISTA DE LA ENFERMEDAD;
C) NEGACION DE LA ENFERMEDAD.
- CUAL ES SU PADECIMIENTO?
A) EXPLICACION PATOLOGIA; B) SEGURIDAD;
C) CONFIANZA.
- LA CONSULTA FUE SATISFACTORIA, PORQUE.
LE ESCUCHO; B) LE ORIENTO; C) LE REVISO;
D) DESEO DE AYUDAR.
- SE EXPRESO CON CLARIDAD?
A) COMUNICACION; B) DESEO DE AYUDAR.

III. PARTICIPACION/MUTUA.

- EL MEDICO LE DIO OPORTUNIDAD DE HACER ALGUNA PREGUNTA?
A) SEGURIDAD; B) INTERES; C) COMUNICACION.
- LOS GESTOS Y PALABRAS CORRESPONDIERON A SU VOZ?
A) SEGURIDAD; B) SINCERIDAD; C) CONGRUENCIA ENTRE COMUNICACION VERBAL Y NO VERBAL.

- SE EXPRESO CON CLARIDAD?
A) CONFIANZA; B) COMUNICACION;
C) SEGURIDAD.
- QUE TANTO ESTA AFECTADA SU SALUD?
A) NEGACION DE LA ENFERMEDAD; B) ACEPTACION REALISTA DE LA ENFERMEDAD; C) SOMETIMIENTO; D) HOSTILIDAD; E) DESEO GENUINO DE RECUPERACION.
- SIENTE POR SU MEDICO?...
A) SIMPATIA; B) ACEPTACION;
C) HOSTILIDAD; D) RECHAZO.
- PARA USTED, LA CONSULTA FUE SATISFACTORIA PORQUE?.
A) LE ESCUCHO; B) LE REVISO; C) ORIENTO;
D) DESEO DE AYUDAR.
- LE DIJO COMO MEJORAR SU SALUD?
A) MEDIDAS PREVENTIVAS; B) EDUCACION PARA LA SALUD; C) EXPLICACION PATOLOGIA.
- CUAL ES SU PADECIMIENTO?
A) EXPLICACION PATOLOGIA; B) SEGURIDAD;
C) CONFIANZA.
- SE AJUSTA A LAS INDICACIONES MEDICAS?
A) SOMETIMIENTO; B) ASPIRACION GENUINA DE RECUPERAR LA SALUD; C) ACEPTACION REALISTA DE LA ENFERMEDAD; D) NEGACION DE LA ENFERMEDAD.

- SU PADECIMIENTO COMO LO SOBRELLEVA?
A) ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD; B) ASPIRACION GENUINA A RECUPERAR LA SALUD;
C) NEGACION DE LA ENFERMEDAD.
- LE DIJO SU NOMBRE Y APELLIDO?
A) INSPIRADOR DE CONFIANZA; B) SEGURIDAD.
- EL MEDICO LE RECIBIO?
A) ATENCION; B) DESEO DE AYUDAR;
C) SEGURIDAD.
- LE INSPIRO CONFIANZA?
A) INSPIRADOR DE CONFIANZA.
- LE INDICO COMO EVITAR RECAIDAS?
A) EDUCACION PARA LA SALUD; B) COMUNICACION;
C) MEDIDAS PREVENTIVAS.
- LE EXPLICO EN QUE CONSISTE SU ENFERMEDAD.
A) DESEO DE AYUDAR; B) INTERES; C) EXPLICACION PATOLOGIA; D) COMUNICACION;
E) SEGURIDAD.
- LE DEDICO EL TIEMPO NECESARIO A SU CONSULTA
A) DISPONIBILIDAD DE TIEMPO; B) INTERES POR SU PROBLEMA.
- COMO LOGRA SU RECUPERACION?
A) ACEPTACION REALISTA DE LA ENFERMEDAD;
B) ASPIRACION GENUINA A RECUPERAR LA SALUD;
C) SOMETIMIENTO; D) NEGACION DE LA ENFERMEDAD.

CUADRO VII

GRADO DE INFLUENCIA COMPARATIVA EN LAS CLINICAS EN ESTUDIO, EN FUNCION DE LAS VARIABLES DE MAYOR INFLUENCIA.

GRADO DE INFLUENCIA:	Nº DE LAS PREGUNTAS; IDENTIFICACION DEL USUARIO :	PREGUNTAS; IDENTIFICACION DEL USUARIO:	FRECUENCIA COMPARATIVA EN CLINICAS:
1	8	LE INDICO COMO EVITAR RECAIDAS?	27
2	12	LE INSPIRO CONFIANZA?	23
3	14	EL MEDICO LE DIJO SU NOMBRE Y APELLIDO?	23
4	9	LE DIJO COMO MEJORAR SU SALUD?	19
5	1	SEXO.	19
6	7	LE EXPLICO EN QUE CONSISTE SU ENFERMEDAD?	18
7	18	EL PADECIMIENTO QUE TIENE USTED, COMO LO SOBRELLEVA?	13
8	1	EDAD.	12
9	5	SIENTE POR SU MEDICO?...	10
10	19	CUAL ES SU PADECIMIENTO?	10
11	21	PARA USTED, LA CONSULTA FUE SATISFACTORIA -- POR QUE?	9

<u>GRADO DE INFLUENCIA:</u>	<u>Nº DE LAS PREGUNTAS; IDENTIFICACION DEL USUARIO:</u>	<u>PREGUNTAS; IDENTIFICACION DEL USUARIO:</u>	<u>FRECUENCIA COMPARATIVA EN CLINICAS:</u>
12.-	6	EL MEDICO LE DIO OPORTUNIDAD DE HACER ALGUNA -- PREGUNTA?	9
13.	1	SE INTERESO POR SU PROBLEMA?	5

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO APLICADO.

CUADRO VIII.

PARTICIPACION DE AMBOS SEXOS EN LOS MODELOS
DE SZASZ Y HOLLANDER.

M O D E L O :	U S U A R I O S					
	O B S E R V A D O S :			E S P E R A D O S :		
	MASCU LINO	FEME NINO	TOTAL	MASCU LINO	FEME NINO	TOTAL
ACTIVO/ PASIVO.	13	47	60	15	45	60
DIRECCION/ COOPERACION.	17	44	61	15.25	45.75	61
PARTICIPACION MUTUA.	19	56	75	18.75	56.25	75
TOTALES:	49	147	196	49.0	147.0	196

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\begin{aligned} A &= \frac{((13 - 15) - 0.5)^2}{15} = 0.417 \\ B &= \frac{((47 - 45) - 0.5)^2}{45} = 0.050 \\ C &= \frac{((17 - 15.25) - 0.5)^2}{15.25} = 0.102 \\ D &= \frac{((44 - 45.75) - 0.5)^2}{45.75} = 0.110 \\ E &= \frac{((19 - 18.75) - 0.5)^2}{18.75} = 0.004 \\ F &= \frac{((56 - 56.25) - 0.5)^2}{56.25} = 0.010 \\ & \quad \underline{0.693} \end{aligned}$$

CON CORRECCION DE YATES:

$$\therefore \chi^2 = 0.693; \chi^2_{2g1} = 0.693 \quad P > .05 \text{ NO ES SIGNIFICATIVA.}$$

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO APLICADO.

CUADRO X

INTEGRACION DE LA ANTIGUEDAD DE
 LOS MEDICOS, DE ACUERDO A LOS
 M O D E L O S D E S C R I T O S .

	<u>OBSERVADOS:</u>			<u>ESPERADOS:</u>		
	MINOR DE 5 AÑOS	DE 5 AÑOS	TOTAL:	MINOR DE 5 AÑOS	DE 5 AÑOS	TOTAL:
A/P	64	81	145	45.77	99.23	145
D/C	20	69	89	28.09	60.91	89
P/M	17	69	86	27.14	58.86	86
TOTAL:	101	219	320	101.0	219.0	320

$$\chi^2 = \sum \frac{((O-E) - 0.5)^2}{E}$$

CON CORRECCION DE YATES:

$$\therefore \chi^2 = 19.72; \chi^2_{2,0.1} = 19.72 \quad P > .05 \therefore \text{NO ES SIGNIFICATIVA.}$$

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DEL
 CUESTIONARIO APLICADO; Y DE LA CORRELACION
 DE MODELOS ANALIZADOS.

CUADRO XI

SATISFACCION DE LA CONSULTA POR TIPO DE ATENCION.

USUARIOS

OBSERVADOS: ESPERADOS:

OPCION	H.F.:	M.G.:	TOTAL:	M. F.:	M. G.:	TOTAL:
SI	95	94	189	94.1	94.9	189
NO	5	7	12	5.9	6.1	12
TOTAL:	100	101	201	100.0	101.0	201

$$\chi^2 = \sum \frac{((O-E) - 0.5)^2}{E}$$

$$A = \frac{((95 - 94.1) - 0.5)^2}{94.1} = .001$$

$$B = \frac{((94 - 94.9) - 0.5)^2}{94.9} = .020$$

$$C = \frac{((5 - 5.9) - 0.5)^2}{5.9} = .332$$

$$D = \frac{((7 - 6.1) - 0.5)^2}{6.1} = .026$$

.379

CON CORRECCION DE YATES:

$$\therefore \chi^2 = .379; \chi^2_{1 \text{ gl}} = .379 \quad P > .05 \quad \therefore \text{NO ES SIGNIFICATIVA}$$

FUENTE:
INFORMACION OBTENIDA DEL CUESTIONARIO APLICADO.

CUADRO XII.

SATISFACCION DE LA CONSULTA POR EDAD DE LOS MEDICOS.

OPINION	OBSERVADOS :			ESPERADOS :		
	MEJORES MENORES	MEJORES 30 AÑOS	MEJORES 30 AÑOS	TOTAL	MEJORES MENORES	MEJORES 30 AÑOS
SI	95	94	189	94.1	94.9	189
NO	5	7	12	5.9	6.1	12
TOTAL:	100	101	201	100.0	101.0	201

$$\chi^2 = \sum \frac{((O - E) - 0.5)^2}{E}$$

CON CORRECCION DE YATES:

$$\therefore \chi^2 = .379; \chi^2_{1gl} = .379 \quad P > .05$$

\therefore NO ES SIGNIFI
CATIVA.

NOTA: LA COMPARACION POR EDAD DE LOS MEDICOS, ES IGUAL A LA QUE COMPARA TIPO DE ATENCION, DEBIDO A QUE LOS MEDICOS FAMILIARES SON MENORES A 30 AÑOS Y LOS MEDICOS GENERALES, MAYORES A 30 AÑOS.

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DEL CUESTIONARIO APLICADO.

C U A D R O X I I I

SATISFACCION DE LA CONSULTA POR
ANTIGUEDAD DE LOS MEDICOS.

<u>O B S E R V A D O S :</u>				<u>ESPERADOS :</u>		
OPCIO NES :	MENOR DE 5 AÑOS :	MAYOR DE 5 AÑOS :	TOTAL:	MENOR DE 5 AÑOS :	MAYOR DE 5 AÑOS :	TOTAL:
SI	72	60	132	65.67	66.33	132
NO	28	41	69	34.33	34.67	69
TOTAL:	100	101	201	100.0	101.0	201

$$\chi^2 = \sum \frac{((O - E) - 0.5)^2}{E}$$

CON CORRECCION DE YATES:

$$\chi^2 = 3.582; \chi^2_{1g1} = 3.582 \quad P > .05 \quad \therefore \text{NO ES SIG NIFICATIVA.}$$

FUENTE: INFORMACION OBTENIDA DEL
CUESTIONARIO CUESTIONARIO DEL APLICADO.

CUADRO XIV:

ANALISIS COMPARATIVO DE LA CONCENTRACION DEL CUESTIONARIO APLICADO, EN LAS CLINICAS ANALIZADAS CON SUS RESPECTIVAS FRECUENCIAS, EN FUNCION DE χ^2 Y SUS SIGNIFICANCIAS^{37,47,51,54}. AL EFECTUAR EL ANALISIS COMPARATIVO ENTRE LAS PREGUNTAS APLICADAS A LOS USUARIOS DE LAS CLINICAS INVOLUCRADAS; SE PRETENDE EVALUAR SU SIGNIFICANCIA Y CON ESTO CAPTAR SUS RESULTADOS, DISCUTIRLOS Y PODER LOGRAR CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES QUE COMPROBEN LA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL OBJETIVO GENERAL Y LOS ESPECIFICOS, ESTABLECIDOS EN ESTA INVESTIGACION.

PREGUNTAS:	CLINICA MEDICINA FAMILIAR:	CLINICA MEDICINA GENERAL:	χ^2 :	SIGNIFI CANCIA ESTADIS TICA :	VARIABLE INFLUYE MAS EN LA R/M/P:
1. EL MEDICO SE INTERESA POR SU PRO- BLEMA? :	SI: 95	91	$\chi^2_{191}=1.87$	$P > .05$	+
	NO: 5	10		NO ES - SIGNIF.	
2. DEMOSTRO DESEO DE AYU DARLE?	SI: 95	94	$\chi^2_{191}=.442$	$P > .05$	
	NO: 5	7		NO ES - SIGNIF.	

* NO SE INCLUYEN CELDAS DE NHO, PARA CALCULO DE χ^2 .

	CLINICA MEDICINA FAMILIAR:	CLINICA MEDICINA GENERAL:	χ^2 :	SIGNIFI CANIA ESTADIS TICA :	VARIABLE INFLUYE MAS EN LA R/M/P:
--	----------------------------------	---------------------------------	------------	---------------------------------------	--

3. LE DEDICO
EL TIEMPO NE
CESARIO A SU
CONSULTA?

SI:	92	91	$\chi^2_{1gl} = 0.30$	$P > .05$	
NO:	8	10		NO ES - SIGNIF.	

4. EL MEDICO
LE SALUDO?

SI:	91	89	$\chi^2_{1gl} = 1.59$	$P > .05$	
NO:	8	11		NO ES - SIGNIF.	

* N/D: 1 1

5. SIENTE POR
SU MEDICO...

ACEPTACION :	50	56	$\chi^2_{2gl} = 2.67$	$P > .05$	+
SIMPATIA :	47	37		NO ES - SIGNIF.	
RECHAZO :	3	6			
* N/D :	0	2			

6. EL MEDICO LE
DIO OPORTUNIDAD
DE HACER ALGUNA
PREGUNTA?

SI:	95	86	$\chi^2_{1gl} = 5.60$	$P < .02$	+
NO:	5	15		ES SIGNI- FICATIVA.	

PREGUNTAS:	CLINICA	CLINICA	χ^2 :	SIGNIFI	VARIABLE
	MEDICINA FAMILIAR	MEDICINA GENERAL:			
7. LE EXPLI- CO EN QUE -- CONSISTE SU ENFERMEDAD?					
SI:	92	74	$\chi^2_{1gl} = 12.36$	$P < .001$	+
NO:	8	27		ES SIGNI- FICATIVA	
8. LE INDICO COMO EVITAR RECALZAS?					
SI:	92	74	$\chi^2_{1gl} = 12.30$	$P < .001$	+
NO:	8	27		ES SIGNI- FICATIVA	
9. LE DIJO - COMO MEJORAR SU SALUD?					
SI:	89	70	$\chi^2_{1gl} = 11.83$	$P < .001$	+
NO:	11	31		ES SIGNI- FICATIVA	
10. LOS GESTOS Y PALABRAS CO- RRESPONDIERON A LA FORMA DE HABLAR DEL MEDICO?					
SI:	98	93	$\chi^2_{1gl} = 1.48$	$P > .05$	
NO:	2	5		NO ES -- SIGNIF.	
*NO:	0	3			

PREGUNTAS:	CLINICA MEDICINA FAMILIAR	CLINICA MEDICINA GENERAL:	χ^2 :	SIGNIFI CANCIA ESTADIS TICA :	VARIABLE INFLUYE MAS EN LA R/M/P
11. SE EXPRESO CON CLARIDAD?					
SI:	96	91	$\chi^2_{1g1} = 2.10$	$P > .05$	NO ES SIGNIF.
NO:	4	9			
*N/D:	0	1			
12. LE INSPIRO CONFIANZA?					
MUCHA:	76	53	$\chi^2_{2g1} = 13.16$	$P < .001$	+
REGULAR:	17	34			
POCA:	6	14			
*N/D:	1	0			
13. EL MEDICO LE RECIBIO?					
AMABLE:	70	69	$\chi^2_{3g1} = 5.13$	$P > .05$	+
SONRIENTE:	20	17			
INDIFERENTE:	7	14			
ENJAUO:	2	0			
*N/D :	1	1			
14. EL MEDICO LE DIJO SU -- NOMBRE Y APELLIDO?					
SI:	59	36	$\chi^2_{1g1} = 11.46$	$P < .001$	+
NO:	40	64			
*N/D:	1	1			

PREGUNTAS:	CLINICA MEDICINA FAMILIAR	CLINICA MEDICINA GENERAL:	χ^2 :	SIGNIFI CANCIA ESTADIS TICA :	VARIABLE INFLUYE MAS EN LA R/M/P
15. SE AJUSTA A LAS INDICA CIONES MEDI CAS?					
SI:	82	86	$\chi^2_{291} = 2.28$	P > .05 NO ES - SIGNIF.	
ALGUNAS VECES:	17	12			
NO:	1	3			
16. QUE TANTO ESTA AFECTADA SU SALUD?					
MUCHO:	17	28	$\chi^2_{291} = 3.23$	P > .05 NO ES - SIGNIF.	
REGULAR :	45	43			
POCO:	36	30			
* N H D :	2	0			
17. COMO LOGRA SU RECUPERA CION?					
FOR INDICACIO NES MEDICAS: SIGUIENDO CON SEJOS FAMILIA RES:	85	91	$\chi^2_{291} = 4.04$	P > .05 NO ES -- SIGNIF.	
ESPONTANEAMEN TE:	6	1			
* N H D:	0	1			

PREGUNTAS:	CLINICA MEDICINA FAMILIAR	CLINICA MEDICINA GENERAL	χ^2 :	SIGNIFI CANCIA ESTADIS TICA:	VARIABLE INFLUYE MAS EN LA R/M/P:
18. EL PADECI MIENTO QUE -- TIENE LISTED -- COMO LO SOBRE LLEVA?			$\chi^2_{2gl} = 3.87$	$P > .05$	+
BIEN:	64	51		NO ES -- SIGNIFI CATIVA.	
REGULAR:	27	37			
MAL:	9	13			
19. CUAL ES SU PADECIMIENTO?			$\chi^2_{2gl} = 6.90$	$P < .05$	+
ENFERMEDADES AGUDAS:	34	41		ES SIG- NIFICA- TIVA.	
ENFERMEDADES CRONICAS:	46	29			
OTRAS:	20	31			
20. LA CONSULTA QUE RECIBIO FUE SATISFACTORIA?			$\chi^2_{1gl} = .444$	$P > .05$	
SI :	95	94		NO ES -- SIGNIFI CATIVA.	
NO :	5	7			

PREGUNTAS:	CLINICA MEDICINA FAMILIAR	CLINICA MEDICINA GENERAL:	χ^2 :	SIGNIFI CANCIA ESTADIS TICA:	VARIABLE INFLUYE MAS EN LA R/M/P
21. PARA USTED, LA CONSULTA FUE SATISFACTORIA , POR QUE?					
A) LE ESCUCHO Y ORIENTO:	30	21	$\chi^2_{5gl} = 6.18$	$P > .05$	+
B) LE PUSO ATENCIÓN:	19	14		NO ES - SIGNIF.	
C) LE REVISÓ CORRECTAMENTE:	17	26			
D) LE DIO RE COMENDACIONES Y CONSEJOS:	15	22			
E) LE ACLARÓ SUS DUDAS:	13	11			
F) NO FUE SA TISFACTORIA:	6	7			
22. CUAL ES EL NOMBRE Y APELLI DO DE SU MEDI- CO?					
SABE:	97	101			
NO SABE:	3	0			

OBSERVACION: ESTA PREGUNTA (Nº 22), FUE ELIMINADA EN EL ANALISIS ESTADISTICO; YA QUE SU UNICO FIN, ERA EL DE RATIFICAR LO MANIFIESTADO POR EL DERECHOABIENTE EN LA PREGUNTA NUMERO 14.

SE ESTABLECEN CRITERIOS INDICATIVOS PARA EVALUAR LA R/M/P CON LAS SIGUIENTES VARIABLES 8, 12, 14, 9, SEXO, 7, 18, EDAD, 5 Y 19.

EN LOS TRES MODELOS DE SZASZ Y HOLLANDER, ESTA CONTEMPLADA LA VARIABLE 3, AUN NO TENIENDO SIGNIFICANCIA ESTADISTICA, SE INFIERE QUE LAS CONDICIONES DE LA CONSULTA MEDICA EN LA R/M/P Y AL TRATAR LOS PADECIMIENTOS CRONICOS Y AGUDOS, ES ADECUADO EL TIEMPO DISPONIBLE DE LOS MEDICOS.

LA VARIABLE NUMERO 6 DEL CUESTIONARIO APLICADO, SE IDENTIFICA COMO SIGNIFICATIVA, DE PREDOMINIO EN LOS MEDICOS FAMILIARES.

LA VARIABLE 7, ES ALTAMENTE SIGNIFICATIVA, CON DOMINIO EN LOS MEDICOS FAMILIARES, AL IGUAL QUE LA NUMERO 8 Y LA 9, CONFORMANDOSE COMO INDICADORES DE MAYOR FORMACION ACADEMICA EN EL AREA DE MEDICINA PREVENTIVA, EDUCACION PARA LA SALUD Y EN LA MANIFESTACION DE LA ACTITUD Y HABILIDAD EN LA EXPLICACION DE LA PATOLOGIA, INTERES, SEGURIDAD Y DESEO DE AYUDAR.

LA VARIABLE 7, ALTAMENTE SIGNIFICATIVA, CORRESPONDE AL MODELO DE PARTICIPACION MUTUA (P/M).

LA VARIABLE: LA CONSULTA QUE RECIBIO FUE SATISFACTORIA? COMPARADA CON LA EDAD Y ANTIGUEDAD DEL MEDICO, ES SIGNIFICATIVA; PORQUE LA MAYORIA DE MEDICOS FAMILIARES Y MEDICOS GENERALES, SON MENORES DE 30 AÑOS Y CON ANTIGUEDAD MENOR QUE 5.

LA VARIABLE 6 CON SIGNIFICANCIA ESTADISTICA DEMUESTRA QUE LOS MEDICOS FAMILIARES DAN MAYOR ATENCION/INTERES A LA POBLACION EN ESTUDIO, AL OFRECER OPORTUNIDADES PARA QUE SE LES HAGAN PREGUNTAS; CORRESPONDIENDO A LOS MODELOS DIRECCION/COOPERACION (D/C) Y PARTICIPACION MUTUA (P/M).

LAS VARIABLES: LE INSPIRO CONFIANZA; Y EL MEDICO LE DIJO SU NOMBRE Y APELLIDO?, SON ALTAMENTE SIGNIFICATIVAS, MANIFESTANDO LA SEGURIDAD Y PROYECTANDO CONFIANZA A LOS DERECHOHABIENTES; INTEGRADAS EN EL MANEJO DE LOS MODELOS A/P,

D/C Y P/M, POR LOS MEDICOS FAMILIARES.

LA VARIABLE, LA CONSULTA QUE RECIBIO FUE SATISFACTORIA?, RESULTO NO SIGNIFICATIVA, INFERIENDOSE QUE LA ATENCION RECIBIDA FUE IGUALMENTE CALIFICADA; TAL VEZ, POR TEMOR DE LOS PACIENTES.

LOS ITEMS: EXPLICACION DE LA PATOLOGIA, EDUCACION PARA LA SALUD Y MEDIDAS PREVENTIVAS, ESTAN CONTENIDOS EN LAS VARIABLES 7, 8 y 9, DE ALTA SIGNIFICANCIA Y EN LA 19 DE MEDIANA SIGNIFICANCIA ESTADISTICA; SIENDO LA PROPIA VARIABLE 8 LA QUE MAYOR INTERVENCION TIENE EN LOS TRES MODELOS DE SZASZ Y HOLLANDER ANALIZADOS. SON PREDOMINANTES EN EL MODELO P/M LAS VARIABLES: LE EXPLICO EN QUE CONSISTE SU ENFERMEDAD?; SU PADECIMIENTO, COMO LO SOBRELLEVA?; Y CUAL ES SU PADECIMIENTO. CON EL MODELO D/C DESTACAN LAS VARIABLES: EL MEDICO LE DIJO SU NOMBRE Y APELLIDO?; LE DIJO COMO MEJORAR SU SALUD?; Y, SIENTE POR SU MEDICO?. EN EL MODELO A/P PREDOMINAN COMO VARIABLES: LE INDICO COMO EVITAR RECAIDAS? Y LE INSPIRO CONFIANZA?. LOS MODELOS D/C Y P/M QUE

INCORPORAN A LA PREGUNTA: CUAL ES SU PADECIMIENTO;
SE REPRESENTA COMO SIGNIFICATIVA EN LA ACTITUD
DEL MEDICO Y ESPECTATIVA DEL USUARIO.
EN UN 65.7% LA POBLACION ESTUDIADA FUE MENOR DE
44 AÑOS. LA PARTICIPACION DEL SEXO FEMENINO FUE
MAYORITARIA EN UN PORCENTAJE DE 75% SOBRE LOS 196
CASOS ESTUDIADOS.

LAS VARIABLES ALTAMENTE SIGNIFICATIVAS
12 Y 14 SON MANEJADAS POR MEDICOS FAMILIARES,
ESTRUCTURADAS EN LOS TRES MODELOS: 12; Y EN MENOR
PROPORCION EN LOS D/C Y P/M, LA VARIABLE: 14.

LA VARIABLE: CUAL ES SU PADECIMIENTO?,
ES SIGNIFICATIVA Y DE GRAN RELEVANCIA PARA LOS
MEDICOS FAMILIARES CUANDO SE AGRUPA POR TIPO DE
PADECIMIENTO; SIENDO LOS PADECIMIENTOS CRONICOS
UN 57.5% DE LOS 80 CASOS ESTUDIADOS EN CONTRAPOSICION
AL 41.5% DE 70 CASOS DE MEDICOS GENERALES.

LA VARIABLE: LA CONSULTA FUE SATISFACTO-
RIA, CON SUS ITEMS: LE PUSO ATENCION; LE ESCUCHO
Y ORIENTO; REPRESENTA EL 74.3% DE 66 CASOS CON
MEDICOS FAMILIARES Y EN CONTRA EL 51.4% DE 61
CASOS CON MEDICOS GENERALES, A PESAR DE NO SER

ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

LA COMPARACION ENTRE EL MANEJO DE LOS MODELOS DE SZASZ Y HOLLANDER REALIZADO POR LOS MEDICOS FAMILIARES Y MEDICOS GENERALES, ES SIGNIFICATIVO ESTADISTICAMENTE (CUADRO IX), IDENTIFICANDOSE LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:

- A) LOS MEDICOS GENERALES SE APEGAN MAS AL MANEJO DEL MODELO A/P.
- B) EN EL MODELO D/C EXISTE SOLO UNA DIFERENCIA DEL 7.9% ENTRE AMBOS MEDICOS.
- C) LOS MEDICOS GENERALES PARTICIPAN EN EL MANEJO DEL MODELO P/M CON UNA FRECUENCIA DE 86, DE UN TOTAL DE 157; CORRESPONDIENDO AL 54.7%.

EN ESTA INVESTIGACION SE DEJO POR ASENTADO, QUE LA CONSULTA RECIBIDA FUE SATISFACTORIA; ASIMISMO, SE CORROBORA QUE LAS PREGUNTAS CERRADAS TUVIERON MAYOR CONFIABILIDAD.

SE CUMPLIO, DEBIDAMENTE CON LOS LINEAMIENTOS ETICOS DE ESTA INVESTIGACION.

DISCUSION .

EL MUESTREO FUE POR CONVENIENCIA Y SE DEBIO A QUE NO SE CUENTA CON ANTECEDENTES DE OTROS ESTUDIOS QUE PERMITIERAN IDENTIFICAR LAS VARIABLES QUE INTERVIENEN. ESTO TRAE COMO CONSECUENCIA, QUE SOLO SE CUBRA EL 1% DEL UNIVERSO DE LOS CUATRO CONSULTORIOS COMO POBLACION ADSCRITA. SE DESCONOCE QUE PORCENTAJE REPRESENTA DE LA POBLACION REAL, NI DE LA CORRESPONDIENTE A ESE PERIODO DE ESTA INVESTIGACION; POR LO TANTO, NO SE PUEDE ASEGURAR REPRESENTATIVIDAD. ESTO NO DAÑA LA VALIDEZ DEL ESTUDIO POR SER EL PRIMERO SOBRE EL TEMA. ADEMAS, SE TIENE LA MISMA PROBABILIDAD DE QUE LOS USUARIOS TENGAN IGUALES CARACTERISTICAS.

SE CONSIDERA LA $R/M/P^2$ DENTRO DE UN PROCESO DE GRAN DINAMISMO EN EL QUE INTERACTUAN TANTO USUARIOS COMO EL PERSONAL DE SALUD; POR LO CUAL, EN ESTE ESTUDIO SE EQUIPARAN MEDICOS FAMILIARES Y MEDICOS GENERALES CON LOS MODELOS DE SZASZ²⁸ Y HOLLANDER.

SE ENCONTRO AL ANALIZAR EL ACTO MEDICO EN ESTA INVESTIGACION,⁶¹ LA RESPUESTA DE LOS DERECHAHABIENTES AL COMPORTAMIENTO DE LOS MEDICOS; PUESTO QUE, FUE UN PROCESO EDUCATIVO BILATERAL QUE DESARROLLO CAMBIO DE CONDUCTA Y NUEVAS ACTITUDES.

ASHER¹⁰ MENCIONA COMO DEFECTO DE LA MEDICINA -ENTRE OTROS- LOS MALOS TRATOS; POR LO QUE, SE ESTUDIO EN EL CONTEXTO DE LA POBLACION DERECHAHABIENTE, QUE PARTICIPACION EXISTE DE ELLOS.

TALCOTT PARSONS⁸ ESTUDIO LA R/M/P EN SU ASPECTO FUNCIONALISTA (PERSPECTIVA MEDICA); EN CONTRA, ELLIOT FREIDSON⁶⁰ SE OCUPA DEL ENFOQUE ESTRUCTURALISTA, EN DONDE REFIERE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE; EN ESTA INVESTIGACION, SE INTERRELACIONAN AMBOS ENFOQUES AUNADOS A LOS MODELOS DESCRITOS.

EL MEDICO SE SIENTE INSATISFECHO POR EL MANEJO DE UNA MEDICINA CENTRALIZADA EN LA ENFERMEDAD, IGNORANDO EL PADEGER DE SU ENFERMO.⁵

LOS PACIENTES SE QUEJAN PRIMORDIALMENTE QUE NO SE LES EXPLORA, NO HAY COMUNICACION SUFICIENTE, NI SE LES ORIENTA Y MENOS SE LES ESCUCHA.⁷

AQUI LOS HECHOS ANTERIORES SE INDAGARON, PERO TAMBIEN SE CONSIDERO LO SIGUIENTE: LA EXISTENCIA EN LOS PACIENTES DEL RECLAMO DE CUIDADO Y ATENCION POR TODOS LOS MEDIOS,¹³ UTILIZANDO LA SIMULACION, SENTIMIENTO DE FRUSTRACION, HIPOCONDRIA Y RECHAZO AL MEDICO; INTERRUPCIONES DEL TRATAMIENTO POR DESAPARICION DE SINTOMAS,⁷² DIFICULTAD EN ACEPTARSE ENFERMO E INCOMPRESIONES.¹³

EN CONDICIONES DE PADECIMIENTOS AGUDOS Y CRONICOS, EL MEDICO REALMENTE OFRECE UN TIEMPO SUFICIENTE, COMUNICACION INTEGRAL, DA EXPLICACION DE LA ENFERMEDAD, MENCIONA MEDIDAS PREVENTIVAS Y EDUCACION PARA LA SALUD?; POR SU PARTE, EL ENFERMO ANTE SU ENFERMEDAD ASPIRA A RECUPERAR SU SALUD, ACEPTA SU ENFERMEDAD, NIEGA SU ENFERMEDAD O BIEN, TIENE ACTITUDES DE SOMETIMIENTO O DE HOS-

COMO ELEMENTO FUNCIONAL DEL BINOMIO MEDICO-PACIENTE.

EN LA PRESENTE INVESTIGACION, SE ANALIZARON CUATRO MEDICOS CON EDADES DE 29 A 46 AROS, ANTIGUEDAD DE 4 A 15 AROS Y 201 DERECHOHABIENTES.

SOLO PARA MENCIONAR ALGUNAS PREGUNTAS CON MAYOR GRADO DE INFLUENCIA EN LA R/M/P, SE PRESENTA EL CUADRO VII ; SIENDO ESTAS: LE INDICO COMO EVITAR RECAIDAS? LE INSPIRO CONFIANZA? LE DIJO COMO MEJORAR SU SALUD? LE EXPLICO EN QUE CONSISTE SU ENFERMEDAD? COMO SOBRELLEVA SU PADECIMIENTO? SIENTE POR SU MEDICO? Y SU FRECUENCIA DIFERENCIAL COMPARATIVA 27, 23, 19, 18, 13 y 10 RESPECTIVAMENTE.

LA INTERROGANTE:
¿EL MEDICO LE DIO OPOR-

TUNIDAD DE HACER ALGUNA PREGUNTA?; REPRESENTARIA UN BAJO NIVEL DE CONFIABILIDAD Y RELEVANCIA EN LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS CORRESPONDIENTES; SIN EMBARGO, SU FRECUENCIA DIFERENCIAL FUE DE 9 Y SU SIGNIFICANCIA ESTADISTICA SE CONSIDERA ACEPTABLE.

ES NOTORIO DISTINGUIR EN EL CUADRO IV QUE LOS PADECIMIENTOS CRONICOS EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR REPRESENTAN EL 46%; Y EN LA CLINICA DE MEDICINA GENERAL, LOS AGUDOS PORCENTUALMENTE SON DEL RANGO DEL 40.6%.

ES DE SORPRENDER QUE LA PREGUNTA, EL MEDICO SE INTERESA POR SU PROBLEMA; NO SEA SIGNIFICATIVA ESTADISTICAMENTE; SIN EMBARGO, LAS PREGUNTAS B, 14, 9 Y 7 DEMUESTRAN LO CONTRARIO; QUE EN ULTIMA INSTANCIA OFRECEN INTERESARSE EN LOS PROBLEMAS DE LOS USUARIOS ESTUDIADOS.

EN LA PREGUNTA: QUE TANTO ESTA AFECTADA SU SALUD?; ES DE HACER NOTAR, QUE LOS PACIENTES DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR AL PARECER TOLERAN MAS SU ENFERMEDAD; O BIEN, UTILIZAN MEJOR EL AUTOCUIDADO.⁷²

COMO RATIFICACION DE LO ANTERIORMENTE --
ASENTADO; EN LA PREGUNTA 18, LOS USUARIOS DE LA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR EXPRESAN QUE SOBRE-
LLEVAN BIEN SU PADECIMIENTO. ESTAS DOS VARIABLES,
ESTAN IMPLICITAS EN LOS MODELOS D/C Y P/M.

LOS MEDICOS FAMILIARES UTILIZAN LA
VARIABLE 8, QUE ES ALTAMENTE SIGNIFICATIVA ESTA-
DISTICAMENTE, DEMOSTRANDO QUE LA COMUNICACION VER-
BAL¹⁴ Y NO VERBAL⁴³ ES DE IMPORTANCIA INDISCUTI-
BLE EN LA CONSULTA MEDICA; ASI COMO EN LOS MODE-
LOS²⁸ PRESENTADOS.

SE HACE NOTORIA LA PARTICIPACION EN UN
75%, DEL SEXO FEMENINO SOBRE LOS 196 CASOS ES-
TUDIADOS.

LOS SEGOS DESCRITOS EN MATERIAL Y METO-
DOS, NO REPRESENTARON DIFICULTAD ALGUNA, EN
LA DISCUSION AQUI PRESENTADA.⁴⁹

LA R/M/P ANALIZADA EN SU ASPECTO FUNCIO-
NALISTA,⁸ ESTRUCTURAL⁶⁰ Y EN CORRELACION A LOS
MODELOS DE SZASZ²⁸ Y HOLLANDER, FUE CONSIDE-
RADA POR EL INVESTIGADOR, COMO UN PROBLEMA -

COMPLEJO,³⁶ PUESTO QUE SUS TIPOS DE DIVISIONES DE ESTUDIO FUE AMPLIO; ASEVERANDOSE QUE OFRECIO LAS SIGUIENTES VENTAJAS: PRECISION, EL SER MAS COMPLETO, DANDOSE FACILIDAD EN SU REDACCION FINAL.

EN LOS RESULTADOS³⁶ ANTES DESCRITOS SE OBTUVO INFORMACION RELEVANTE, FIDEDIGNA E IMPARCIAL. LA RELEVANCIA CONSISTIO CUANDO LA TESIS AQUI PRESENTADA, TIENE IMPORTANCIA PARA EL RESTO DE LA COMUNIDAD MEDICA. SE TORNO FIDEDIGNA, CUANDO SE PUEDE CONFIAR EN ELLA EN FORMA COMPETENTE E IMPARCIAL; Y DESDE LUEGO, CUANDO SE TRADUCE OBJETIVA, DESCARTANDOSE SENTIMIENTOS, YA QUE LA INFORMACION RECOPIADA ES EVIDENTE.

ESTA INVESTIGACION ES ORIGINAL, PUESTO QUE DESCUBRE SU VERDAD EN SUS FUENTES PRIMARIAS. A LA VEZ, SU CONSISTENCIA O SOLIDEZ^{35,36} OFRECE LA INFORMACION NECESARIA Y SUFICIENTE PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS.

LA VALIDEZ³⁵ O EL GRADO EN QUE LA INVESTIGACION MIDE LOS RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SE DIO DE ACUERDO A LOS PROPOSITOS

PERSEGUIDOS EN SU APLICACION. EN ESTE SENTIDO, LOS CUADROS DE CONTINGENCIA DE LAS PREGUNTAS : 6, 7, 8, 9, 12, 14, 19 Y DE SEXO, SON COMPARABLES Y CONFIABLES, POR QUE SUS EVIDENCIAS SIGNIFICATIVAS DETERMINAN LA CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACION; PRESENTANDOSE INCONSISTENTES LOS CUADROS: 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21 Y EL DE LA EDAD; POR QUE, NO SON ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS, LA INFORMACION ES INSUFICIENTE³⁶ Y ADEMAS, LA FRECUENCIA COMPARATIVA EN LAS DOS CLINICAS ES MENOR DE 18.

LA CONFIABILIDAD³⁶ EN LA INFORMACION AQUI VERTIDA, SE OFRECE CON LA CAPACIDAD, EXPERIENCIA, PRESTIGIO Y RESPONSABILIDAD DE LOS ASESORES, INVESTIGADOR Y DEMAS PERSONAS COMPROMETIDAS CON LA REALIZACION INTELECTUAL DE ESTA INVESTIGACION; SIENDO TAMBIEN, LA METODOLOGIA, LAS TECNICAS, LAS FUENTES DE INFORMACION Y EL ESTILO DE REDACCION ACADEMICA; LOS QUE CONTRIBUYERON A SU MAYOR AUTENTICIDAD.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SE DESCRIBE LA SATISFACCION DE LA CONSULTA, EN LAS SIGUIENTES VARIANTES: POR MODELOS, EDAD Y ANTIGUEDAD.

EL CUADRO IX, REVELA FEHACIENTEMENTE QUE LOS MEDICOS GENERALES APLICAN UNA FRECUENCIA DE 145 DEL MODELO A/P, EN CONTRAPOSICION DE 79 DE LO EJERCIDO POR LOS MEDICOS FAMILIARES EN EL MISMO MODELO; QUIZA TRADUZCA ESTO UN POSIBLE ARRAIGO DE PATERNALISMO. A DIFERENCIA DE LO ANTES DESCRITO, LOS MODELOS D/C Y P/M, SON UTILIZADOS POR LOS MEDICOS FAMILIARES Y MEDICOS GENERALES CON UNA SENSIBLE DISCREPANCIA A FAVOR DE ESTOS.

LA SATISFACCION DE LA CONSULTA POR EDAD DE LOS MEDICOS, NO ES SIGNIFICATIVA, NO HABIENDO DIFERENCIA EN LO QUE RESPECTA A LA EDAD DE LOS MISMOS.

CON RESPECTO A LA ANTIGUEDAD DE LOS MEDICOS ANALIZADOS (CUADRO XIII), SE OBSERVA QUE LA MAYORIA CORRESPONDE A UNA

ANTIGUEDAD MENOR DE 5 AÑOS.

POR ULTIMO, ESTA INVESTIGACION --
CUMPLE CON SER APLICABLE AL RECOMENDAR,
QUE LA INFORMACION QUE GENERA, SERVIRA
PARA RESOLVER, A TRAVES DE LA RELACION
MEDICO/PACIENTE EFICIENTE Y HUMANISTA,
LA PROBLEMATICA DE UN SEGMENTO DE LA
CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA; EN EL
SECTOR SALUD Y EN ESPECIAL, EN BENEFICIO
DE LA COMUNIDAD DE USUARIOS Y PERSONAL
DE SALUD DEL I S S S T E.

CONCLUSION Y RECOMENDACIONES.

EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI --
SE PRETENDE RESOLVER LA CRISIS DE LA MEDICINA, A TRAVES DE FAVORECER UNA ALTA Y SIGNIFICATIVA RELACION MEDICO/PACIENTE COMO REFLEJO DE UNA EXCELENTE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA ANTE LOS USUARIOS, ESTA ES LA MISION QUE CORRESPONDIO A LA PRESENTE INVESTIGACION.

UNA SANA RELACION MEDICO/PACIENTE, FACILITA PARA QUE AMBOS APRENDAN DEL CONOCIMIENTO MUTUO, BIOPSIOSOCIOCULTURAL.

EN LA RELACION MEDICO/PACIENTE SE ASIMILA LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL DEL PACIENTE, CUANDO SU ENFERMEDAD ES MAS PSICOLOGICA QUE SOMATICA; MAS AFECTIVA QUE OBJETIVA.

ASI, SE CUMPLE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL MEDICO FAMILIAR PARA QUE LES AYUDE A RESOLVER SUS PROBLEMAS BIOFISICOS, EMOCIONALES, INDIVIDUALES

O FAMILIARES.

SE HAN IDENTIFICADO COMO CUALIDADES MEDICAS: EL DESEO DE ESCUCHAR, LA CONFIANZA PROYECTADA AL PACIENTE, LA ACTITUD DE EXPLORAR Y LA EXPLICACION DEL MALESTAR BIOFISICO Y DE SU PADECER.

SZASZ Y HOLLANDER DETECTAN COMO VENTAJA, EL ESTABLECER UNA VERDADERA RELACION MEDICO/PACIENTE; LAIN ENTRALGO, MENCIONA QUE AL DESCUBRIR EL AMOR MEDICO (TRANSFERENCIA), SE BUSCA EN EL ENFERMO LA PROCURA DE SU SALUD, COMPRENSION Y RESPETO.

PARA CONTESTAR CON FUNDAMENTO EL ANALISIS ESTADISTICO REALIZADO Y CONOCIENDO EL CONTEXTO DE LA POBLACION ESTUDIADA, SE DETERMINA QUE LOS MODELOS DE SZASZ Y HOLLANDER MODIFICADOS Y ADAPTADOS POR EL INVESTIGADOR; TIENEN UNA FRECUENCIA MAYOR Y ACEPTADA POR LOS MEDICOS GENERALES EN EL MODELO A/P; HABIENDO EN LOS

MODELOS D/C Y P/M POCA VARIACION EN SU
APLICACION POR LOS MEDICOS FAMILIARES
Y MEDICOS GENERALES.

EL SEXO DE LOS USUARIOS FUE MAYORI
TARIAMENTE FEMENINO.

LA EDAD REPRESENTO A MENORES DE
44 AÑOS. LA POBLACION USUARIA EN LAS
UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR ATIENDE UN
ALTO PORCENTAJE DE ENFERMEDADES CRONICAS.

LOS MEDICOS FAMILIARES GENERAN
SIMPATIA, PERMITEN QUE SE LES HAGAN
PREGUNTAS, EXPLICAN PADECIMIENTOS, OFRECEN
MEDIDAS PREVENTIVAS, PROYECTAN MAYOR
CONFIANZA Y SEGURIDAD; SUS PACIENTES SE
RECUPERAN POR INDICACIONES MEDICAS Y
TOLERAN MEJOR SU PADECIMIENTO; POR ULTIMO,
LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR TUVIERON CONSULTAS SATISFAC
TORIAS POR QUE: SE LES ESCUCHA, SE LES
OFRECE ATENCION Y ORIENTACION
ADECUADAMENTE.

72 CONSULTAS FUERON ATENDIDAS SATISFACTORIAMENTE POR MEDICOS CON ANTIGUEDAD MENOR DE 5 AÑOS. LAS CONSULTAS SATISFACTORIAS, REPRESENTARON CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS MEDICOS 95; PERTENECIENTES A MENORES DE 30 AÑOS.

LOS MEDICOS FAMILIARES EJERCEN Y APLICAN CON EFICACIA LA MEDICINA PREVENTIVA, EDUCACION PARA LA SALUD, OFRECEN MEJOR ACTITUD Y HABILIDAD EN LA EXPLICACION NOSOLOGICA; EN EL DESEO DE AYUDAR Y DAN OPORTUNIDAD PARA QUE SE LES HAGAN PREGUNTAS. PARA QUE UN ESTUDIO DE ESTE TEMA, ALCANCE REPRESENTATIVIDAD, DEBERA DE DISEÑARSE UNA MUESTRA MAYOR Y CON COBERTURA EN VARIAS UNIDADES MEDICAS.

LA CONSULTA MEDICA, IMPLICA ACTUALMENTE QUE, PARA ELEVAR EL NIVEL DE ATENCION MEDICA EN EL ISSSTE; A TRAVES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION; SE DEBERA REESTRUCTURAR LAS FASES⁷² DE LA ENTREVISTA

MEDICA	COMO	SIGUE:
A) APERTURA	-	SALUDO/ACOGIDA VERBAL Y NO VERBAL; PREGUNTAS ABIERTAS Y POCO ESTRUCTURADAS;

POSIBILITAR AL USUARIO A -
 ESCOGER EL MODO DE ACER--
 CARSE AL PROBLEMA; ELEGIR
 ENTRE AMBOS LOS MODELOS²⁸
 ADECUADOS DE RELACION IN-
 TERPERSONAL; USO DEL SI---
 LENCIO DE PARTE DEL MEDICO;
 DEFINICION DEL USUARIO DEL
 MOTIVO DE CONSULTA; DISPO-
 NIBILIDAD DEL MEDICO PARA
 ESCUCHAR; TRANSFERENCIA/-
 CONTRATRANSFERENCIA-

B) MEDIA O DE

DESARROLLO - IDENTIFICACION DE LOS PRO-
BLEMAS QUE MOTIVAN LA CON-
SULTA; PREGUNTAS DIRECTAS,
PRECISAR DETALLES DIAGNOS-
TICOS; ENFOQUE BIOPSIKO-
SOCIOCULTURAL Y ECONOMICO;
EXPLORACION; APOYAR O TRAN-
QUILIZAR EMPATICAMENTE;

INTERPRETACION-

- C) CIERRE O TERMINACION - ACUERDO DEL MEDICO Y DEL USUARIO; RAPPORT; PLAN DE ACCION: DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, EXPLICACION, -- PACTO PSICOLOGICO, MEDIDAS PREVENTIVAS, MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS; CITA PARA SEGUIMIENTO.-

RECOMENDACIONES:

- A) INSTITUIR CURSOS COMPLETOS Y SISTEMATIZADOS CON TALLERES, DE LA RELACION MEDICO/PACIENTE EN PREGRADO Y POSGRADO, EN FORMA INMEDIATA Y EFICIENTE.
- B) CREAR EN EL MEDICO GENUINO INTERES EN AYUDAR AL USUARIO, DE LOS SERVICIOS MEDICOS.
- C) IMPLANTAR EN DEFINITIVA QUE EL MEDICO REALMENTE ESCUCHE, EXPLORE Y ORIENTE AL USUARIO CON RESPETO Y AFECTO.

- D) CAMBIAR EL PROCESO DE ATENCION DE LA CONSULTA MEDICA EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR.
- E) HACER ENFASIS PRIORITARIO EN LA RELACION MEDICO/PACIENTE, EN LAS INSTITUCIONES MEDICO-SOCIALES Y DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE.
- F) FOMENTAR EL AUTOCUIDADO DEL USUARIO Y EDUCARLO EN MEDICINA PREVENTIVA Y DE SALUD EN GENERAL.
- G) IMPLANTAR ESQUEMAS SOCIOCOMUNITARIOS EN LOS MEDICOS EN FORMACION Y DE POSGRADO; ASI COMO EXTENDER LA EDUCACION PARA EL BINOMIO SALUD/ENFERMEDAD EN LOS USUARIOS, CON EL FIN QUE DESEMPEÑEN SU ROL ADECUADAMENTE.
- H) EDUCAR AL MEDICO FAMILIAR EN EL CONOCIMIENTO DEL LENGUAJE NO VERBAL; ASI COMO CAPACITARLO, PARA QUE PERMITA QUE SE LE HAGAN PREGUNTAS.
- I) MEJORAR LA RELACION MEDICO/PACIENTE

EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR, ES
ELEVAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA,
A TRAVES DE LA DIMENSION
PROCESO/RESULTADOS.

J) ELEVAR LA ENSEÑANZA/APRENDIZAJE DEL
MEDICO COMUNITARIO, DENTRO DE UN
MARCO EMINENTEMENTE HUMANISTA.

K) INCLUIR EL MANEJO DE LOS MODELOS DE
SZASZ Y HOLLANDER, EN LA FORMACION
ACADEMICA DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL I S S S T E.

L) COMBINAR Y PROFUNDIZAR EL ASPECTO
FUNCIONALISTA Y ESTRUCTURALISTA DE LA
RELACION MEDICO/PACIENTE.

M) OFRECER MAYORES ESTIMULOS E INCENTIVOS
A LOS MEDICOS, POR PARTE DEL SECTOR SALUD.

N) AUMENTAR A NIVEL DE EXCELENCIA
LA FORMACION SOCIAL DEL MEDICO Y
TAMBIEN, LA FORMACION CIVIL Y SOCIAL DE
LOS USUARIOS, DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

O) INCREMENTAR LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN EL I S S S T E, CON DURACION EFECTIVA DE TRES AÑOS, AVALADA POR NUESTRA MAXIMA CASA DE ESTUDIOS; Y CREAR PLAZAS EN TODA LA REPUBLICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

R E F E R E N C I A S .

FUENTES
BIBLIOGRAFICAS
REVISADAS.

1. CHAVEZ IGNACIO DR., HUMANISMO MEDICO. EDUCACION Y CIENCIA.- EDITORIAL EL COLEGIO NACIONAL; MEXICO/78.
2. NARRO R. JOSE R. DR., RELACION MEDICO/PACIENTE, REVISTA FACULTAD DE MEDICINA, VOL. 22, AÑO 22, Nº 7, 1979, PAGES. 17/21.
3. LAIN ENTRALGO P., LA RELACION MEDICO/ENFERMO;- HISTORIA Y TEORIA, MADRID, REVISTA DE OCCIDENTE, AÑO 1964, PAGES. 16/30.
4. BALINT MICHAEL, EL MEDICO, EL PACIENTE Y LA ENFERMEDAD, BIBLIOTECA DE PSIQUIATRIA DINAMICA, BUENOS AIRES, PAGES. 9/208.
5. MARTINEZ CORTES FERNANDO DR., RIVERO SERRANO - OCTAVIO DR. Y COLS., BOLETIN DE PUBLICACIONES INSTITUTO SYNTAX; PAGES. 1/65.
6. MONROY CABALLERO CATALINA DR., COMUNICACION -- PERSONAL, MEDICO FAMILIAR ISSSTE, 1986, CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ, SEDE DE LA RESIDENCIA - DE MEDICINA FAMILIAR.
7. NARRO R. JOSE R. DR., RELACION MEDICO/PACIENTE REVISTA FACULTAD DE MEDICINA, VOL. 18, AÑO 18, Nº 5, 1975, PAGES. 45/49.
8. PARSONS TALCOTT, EL SISTEMA SOCIAL: ESTRUCTURA SOCIAL Y PROCESO DINAMICO, EL CASO DE LA PRACTICA MEDICA MODERNA; REVISTA DE OCCIDENTE, MADRID 1966, PAGES. 431/478.

9. BALINT MICHAEL Y ENID, TECNICAS PSICOTERAPEUTICAS EN MEDICINA, SIGLO XXI EDITORES, PAGS. 157 22.
10. ASHER RICHARD, CITADO POR CORDERA PASTOR A. DR. REFERENCIA Nº 22.
11. FROMM E. DR., SOBRE LA DESOBEDIENCIA Y OTROS - ENSAYOS, PAIDOS STUDIO 1984.
12. HARRINGTON MICHAEL, CITADO POR CORDERA PASTOR A. DR. REFERENCIA Nº 22.
13. A. HAYNAI, W PACINI, ENERO 1980, MANUAL DE MEDICINA PSICOSOMATICA, PAGS. 60/68.
14. HOLLANDER, BLUM L., READING BETWEEN THE LINES DOCTOR/PATIENT COMMUNICATION. INTERNATIONAL - - UNIV. PRESS. NEW YORK, 1972.
15. DE LA FUENTE MUÑIZ RAMON DR. MEDICINA, HUMANISMO Y CIENCIAS HUMANAS, PLAN A-36, 1981.
16. MARTINEZ CORTES FERNANDO DR. Y COLS., LA CONSULTA MEDICA, MEDICINA DEL HOMBRE EN SU TOTALIDAD, PRIMERA EDICION 1979, PAGS.,1/89.
17. SYNTAX SIMPOSIO LA RELACION MEDICO/PACIENTE, PAG. 12, INSTITUTO SYNTAX PUBLICACIONES.
18. LAIN ENTRALGO P., EL MEDICO Y EL ENFERMO, BIBLIOTECA PARA EL HOMBRE ACTUAL, EDICIONES GUADARRAMA, S. A., LOPE DE RUEDA 13, MADRID, 1979 PAGS. 151/242.
19. LEE AND JONES, THE FUNDAMENTAL OF GOOD MEDICAL CARE, THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS, 1933.
20. DONABEDIAN AVEDIS, THE QUALITY OF MEDICAL CARE. HEALTH ADMINISTRATION PRESS. ANN ARBOR, -- 1980.

21. FAJARDO ORTIZ GUILLERMO DR., ATENCION MEDICA, PRENSA MEDICA MEXICANA, 1983.
22. CORDERA PASTOR ARMANDO Y COLS., ADMINISTRACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD, 1983.
23. KESSNER DAVID M., KALK CAROLYN E., A STRATEGY FOR EVALUATION. HALTH SERVICES. NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. WASHINGTON, D. C., 1973.
24. LAIN ENTRALGO PEDRO, FUNDAMENTO DE LA RELACION ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO, BIBLIOTECA PARA EL HOMBRE ACTUAL, EDICIONES GUADARRAMA, MADRID PAGS. 149/176.
25. MARTINEZ CORTES FERNANDO DR., MEDICO GENERAL Y MEDICO FAMILIAR, INFORSYNTEX, FEBRERO/MARZO/75, PAGS. 8/9.
26. DONABEDIAN AVEDIS, LA CALIDAD DE LA ATENCION - MEDICA. MEXICO, D. F., LA PRENSA MEDICA MEXICANA, 1984.
27. REVISTA FACULTAD DE MEDICINA UNAM; PLAN DE ESTUDIOS PARA LA LICENCIATURA DE MEDICO CIRUJANO. Nº 4, OCT./DIC., 1985, PAGS. 259/368.
28. SZASZ Y HOLLANDER MD., A CONTRIBUTION TO THE - PHILOSOPHY OF MEDICINE, ARCHIV OF INTERNAL -- MEDICINE, 1956.
29. DE LA FUENTE R. DR., LA ALIANZA TERAPEUTICA; - ASPECTOS DINAMICOS DE LA RELACION MEDICO/PACIENTE, DOCUMENTOS DE CURSO, PSICOLOGIA MEDICA PAGS. 1/30.
30. DE LA FUENTE R. DR., DINAMICA DE LA RELACION - MEDICO/ENFERMO; PSICOLOGIA MEDICA, FONDO DE -- TURA ECONOMICA, 1973, PAGS. 353/358.

31. DE LA FUENTE MUÑOZ RAMON DR., HUMANISMO Y MEDICINA, PLAN A - 36, 1981.
32. EL MEDICO, DOCUMENTOS BASICOS DE LECTURA, PLAN A-36, AÑO 1975, PAGS. 1/6.
33. NARRO ROBLES JOSE R. DR., MEDICINA GENERAL, INVENCIÓN, DESCUBRIMIENTO O REENCUENTRO?, REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, VOL. XXII, AÑO 22, Nº 77, 1979, PAGS. 2/3
34. GARCÍA ROMERO HORACIO DR. Y COLS., PRINCIPIOS DE INVESTIGACION MEDICA, EDIT. VIDA Y MOVIMIENTO, 1977.
35. ARIAS GALICIA FERNANDO, INTRODUCCION A LA TECNICA DE INVESTIGACION EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACION Y DEL COMPORTAMIENTO, TRILLAS 1984.
36. GARZA MERCADO ARIO, MANUAL DE TECNICAS DE INVESTIGACION, EL COLEGIO DE MEXICO, 1981.
37. YATES F., "CONTINGENCY TABLES INVOLVING SMALL NUMBERS AND THE χ^2 TEST", JOURNAL OF THE ROYAL STATISTICAL SOCIETY SUPPLEMENT, 1; 1934.
38. EL ENFERMO, DOCUMENTOS BASICOS DE LECTURA PLAN A-36, AÑO 1975, PAGS. 1/7.
39. FASES DE LAS ENFERMEDADES DE ATENCION MEDICA, DOCUMENTOS BASICOS DE LECTURA, PLAN A-36, AÑO 1975, PAGS. 1/10.
40. SONI M. JORGE DR., ACTITUDES DE LOS USUARIOS HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER CONTACTO (CENTRO DE SALUD PORTALES, SSA) REVISTA FACULTAD DE MEDICINA, VOL. XXIII, AÑO XXIII, Nº 7, 1980, PAGS. 18/23.
41. SINGER ERWIN, CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA PSICOTERAPIA; FONDO DE CULTURA ECONOMICA, AÑO 1979, 322 P.

42. ZUK GERALD, PSICOTERAPIA FAMILIAR, FONDO DE -- CULTURA ECONOMICA, PAGS. 91/172.
43. DAVIS FLORA, LA COMUNICACION NO VERBAL; ALIANZA EDITORIAL MADRID, PAGS. 67/164.
44. MANNONI MAUD, LA PRIMERA ENTREVISTA; GEDISA - PAGS. 45/113.
45. RODRIGUEZ DOMINGUEZ JOSE DR. Y COLS., MEDICINA FAMILIAR Y ATENCION PRIMARIA, REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, VOL. XXII, AÑO 23, Nº 6, - 1980.
46. DE LA FUENTE MUÑIZ RAMON DR., PSICOLOGIA MEDICA, FONDO DE CULTURA ECONOMICA, 1978.
47. FISHER Y YATES, TABLAS ESTADISTICAS PARA BIOLOGIA, AGRICULTURA E INVESTIGACION MEDICA; OLIVER Y BOYD LTD., EDINBURGO.
48. CHAVARRIA MORALES, TESIS RECEPCIONAL POSGRADO/ 1984.
49. TECLA ALFREDO, GARZA ALBERTO; TEORIA, METODOS Y TECNICAS EN LA INVESTIGACION SOCIAL; EDICIONES DE CULTURA, 1975.
50. PARDINAS FELIPE, METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION EN CIENCIAS SOCIALES, SIGLO VEINTIUNO EDITORES, 1985.
51. WAYNE W. DANIEL, BIOESTADISTICA; BASE PARA EL ANALISIS DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD, LIMUSA, 1987.
52. VARIOS AUTORES, ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, LA CONSULTA, THE FUTURE GENERAL PRACTITIONER, LONDRES 1972, PAGS., 13/20.

53. SUCHMANT EDWARD A., SOCIAL PATTERNS OF ILLNESS AND MEDICAL CARE, AGOSTO 1963, DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA, UNIVERSIDAD DE PITTSBURH, PAGS. 2/17.
54. I M S S, CURSO MONOGRAFICO; CAPACITACION EN DI SEÑO EXPERIMENTAL Y ESTADISTICA, 1983, PAGS. 13/67.
55. BLANCO SANCHEZ RODOLFO DR., JEFE DE LA UNIDAD DE MEDICINA BIOPSIOSOCIAL, HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, COMUNICACION PERSONAL, 1983.
56. MARIN R., LOS OTROS DIAS, APUNTES DE UN MEDICO DE PUEBLO, EDITORIAL CONTINENTAL, MEXICO 1961.
57. ANN CATWRIGHT MAUREEN O'BRIEN; SOCIAL CLASS VARIATIONS IN HEALTH CARE AND IN THE NATURE OF GENERAL PRACTICE CONSULTATIONS, BASIC READINGS IN MEDICAL SOCIOLOGY, AÑO 1976, PAGS. 81/97.
58. CARR J. E. Y DINGERINCK H. A., BEHAVIORAL SCIENCE IN THE PRACTICE OF MEDICINE; ELSEVIER BIOMEDICAL, NEW YORK, 1983.
59. KELLY A. D., THE DOCTOR-DOCTOR/PATIENT RELATIONSHIP; CANAD. MED. ASS. J., 1974.
60. FREIDSON ELIOT, PROFESSION OF MEDICINE, DODO, MEAD AND COMPANY, 1973.
61. BRENNAN M., MCCRACKEN E. C., LA NECESIDAD DE INVESTIGACION EN LA MEDICINA FAMILIAR; REVISTA INTERNACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR, N° 2, 1982 P. 23.
62. CASSELL, ERIC J., RELACION MEDICO/PACIENTE, THE HEALER'S ART: A NEW APPROACH TO THE DOCTOR PATIENTE RELATIONSHIP. PHILADELPHIA. PA., J. B. LIPPINCOTT CO., 1976.

63. PEABODY F. W. "THE CARE OF THE PATIENTS", J.A.M.A. 88: 877-882, 1927.
64. BENSARD NORBERT, LA CONSULTA MEDICA, SIGLO - - VEINTIUNO; 1982.
65. IRIGROYEN CORIA ARNULFO DR., INVESTIGACION EN MEDICINA FAMILIAR, EDICIONES MEDICINA FAMILIAR MEXICANA, 1987.
66. CENTENO Y ROSADO A. R., ANALISIS DE LA RELACION MEDICO/PACIENTE (SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD PARA EL MEDICO Y EL PACIENTE). 1983, I. M. S. S.
67. GONZALEZ PEREZ M. DEL C., AVENDAÑO MIJANGOS X. ASPECTOS TECNICOS HUMANISTICOS E INSTITUCIONALES DE LA RELACION MEDICO/PACIENTE EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA, 1985, I. M. S. S.
68. CASTILLO QUEZADA J. R., FACTORES QUE ALTERAN LA RELACION MEDICO/PACIENTE EN LA U. M. F., 1986, I. M. S. S.
69. RODRIGUEZ ROMERO A., LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN EL PRIMER NIVEL Y LA RELACION MEDICO/PACIENTE, 1985, I. M. S. S.
70. ZURIGA T., FERNANDEZ MARTINEZ M. A., LA COMUNICACION EN LA RELACION MEDICO/PACIENTE, 1982, I. M. S. S.
71. MONTES DE OCA CH. MARIA A.; BLANCO C. MANLIO - F., HIPERTENSION ARTERIAL; RELACION MEDICO/PACIENTE EN PACIENTES HIPERTENSOS AMBULATORIOS. 1986, I. S. S. S. T. E.
72. FLORENZANO URZUA RAMON DR., LA RELACION MEDICO/PACIENTE EN MEDICINA FAMILIAR; REVISTA INTERNACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR, Nº 3, 4º TRIMESTRE, 1986, 23/27.

A N E X O S :PREGUNTA # 6.- EL MEDICO LE DIO LA OPORTUNIDAD DE
HACER ALGUNA PREGUNTA?

O B S E R V A D O S :				E S P E R A D O S :		
OPCIONES:	M.F.:	M.G.:	TOTAL:	M. F.:	M. G.:	TOTAL :
SI:	95	86	181	90.04	90.95	180.99
NO:	5.	15	20	9.95	10.04	19.99
TOTAL:	100	101	201	99.99	100.99	200.98

$$\chi^2 = \sum \frac{((O-E) - 0.5)^2}{E}$$

$$A = ((95 - 90.04) - 0.5)^2 + 90.04 = 0.225$$

$$B = ((86 - 90.95) - 0.5)^2 + 90.95 = 0.332$$

$$C = ((5 - 9.95) - 0.5)^2 + 9.95 = 3.025$$

$$D = ((15 - 10.04) - 0.5)^2 + 10.04 = 2.025$$

$$\underline{5.607}$$

CON CORRECCION DE YATES:

$$\therefore \chi^2 = 5.607; \chi^2_{1gl} = 5.607 \quad P < .02 \quad \therefore \text{ES SIGNIFI-} \\ \text{CATIVA.}$$

PREGUNTA # 7.- LE EXPLICO EN QUE CONSISTE SU -
ENFERMEDAD?

OBSERVADOS :				ESPERADOS :		
OPCIONES:	M.F.:	M.G.:	TOTAL:	M. F.:	M. G.:	TOTAL:
SI:	92	74	166	82.58	83.41	165.99
NO:	8	27	35	17.41	17.58	34.99
TOTAL:	100	101	201	99.99	100.99	200.98

$$\chi^2 = \sum \frac{((O-E) - 0.5)^2}{E}$$

$$A = ((92 - 82.58) - 0.5)^2 + 82.58 = 0.958$$

$$B = ((74 - 83.41) - 0.5)^2 + 83.41 = 1.197$$

$$C = ((8 - 17.41) - 0.5)^2 + 17.41 = 5.714$$

$$D = ((27 - 17.58) - 0.5)^2 + 17.58 = 4.500$$

$$\underline{12.369}$$

CON CORRECCION DE YATES:

$$\therefore \chi^2 = 12.369; \chi^2_{191} = 12.369 \quad P < .001$$

ES SIGNIFICATIVA.

PREGUNTA # 8.- LE INDICO COMO EVITAR RECAIDAS?

OBSERVADOS:				ESPERADOS :		
OPCIONES:	M.F.:	M.G.:	TOTAL:	M. F.:	M. G.:	TOTAL:
SI:	92	74	166	82.58	83.41	165.99
NO:	8	27	35	17.41	17.58	34.99
TOTAL:	100	101	201	99.99	100.99	200.98

$$\chi^2 = \sum \frac{((O - E) - 0.5)^2}{E}$$

$$A = ((92 - 82.58) - 0.5)^2 + 82.58 = 0.97$$

$$B = ((74 - 83.41) - 0.5)^2 + 83.41 = 1.18$$

$$C = ((8 - 17.41) - 0.5)^2 + 17.41 = 5.65$$

$$D = ((27 - 17.58) - 0.5)^2 + 17.58 = 4.50$$

12.30

COM CORRECCION DE YATES:

$$\therefore \chi^2 = 12.30; \chi^2_{1g1} = 12.30 \quad P < .001$$

ES SIGNIFICATIVA

PREGUNTA # 9.- LE DIJO COMO MEJORAR SU SALUD?

O B S E R V A D O S :				E S P E R A D O S :		
OPCIONES:	M.F.:	M.G.:	TOTAL:	M.F.:	M.G.:	TOTAL:
SI:	89	70	159	79.1	79.9	159
NO	11	31	42	20.9	21.1	42
TOTAL:	100	101	201	100.0	101.0	201.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E - 0.5)^2}{E}$$

$$A = ((89 - 79.1) - 0.5)^2 + 79.1 = 1.11$$

$$B = ((70 - 79.9) - 0.5)^2 + 79.9 = 1.35$$

$$C = ((11 - 20.9) - 0.5)^2 + 20.9 = 5.17$$

$$D = ((31 - 21.1) - 0.5)^2 + 21.1 = 4.18$$

11.83

CON CORRECCION DE YATES:

$$\therefore \chi^2 = 11.83; \chi^2_{191} = 11.83 \quad P < .001$$

ES SIGNIFICATIVA.

PREGUNTA # 12.- LE INSPIRO CONFIANZA?

OBSERVADOS:				ESPERADOS:		
OPCIONES:	M.F.:	M.G.:	TOTAL	M.F.:	M.G.:	TOTAL:
MUCHA:	76	53	129	64.17	64.82	128.99
REGULAR:	17	34	51	25.37	25.62	50.99
POCA:	6	14	20	9.95	10.04	19.99
TOTAL:	99	101	200	99.49	100.48	199.97

Nota: No se incluye un caso en el que no hay datos.

$$\chi^2 = \sum \frac{((O-E) - 0.5)^2}{E}$$

$$\begin{aligned}
 A &= ((76 - 64.17) - 0.5)^2 + 64.17 = 1.98 \\
 B &= ((53 - 64.82) - 0.5)^2 + 64.82 = 2.36 \\
 C &= ((17 - 25.37) - 0.5)^2 + 25.37 = 3.11 \\
 D &= ((34 - 25.62) - 0.5)^2 + 25.62 = 2.43 \\
 E &= ((6 - 9.95) - 0.5)^2 + 9.95 = 2.02 \\
 F &= ((14 - 10.04) - 0.5)^2 + 10.04 = \frac{1.22}{13.16}
 \end{aligned}$$

CON CORRECCION DE YATES:

$$\therefore \chi^2 = 13.16; \chi_{2g1}^2 = P < .001$$

ES SIGNIFICATIVA.

PREGUNTA # 14.- EL MEDICO LE DIJO SU NOMBRE Y APELLIDO?

O B S E R V A D O S :				E S P E R A D O S :		
OPCIONES:	M.F.:	M.G.:	TOTAL:	M.F.:	M.G.:	TOTAL:
SI:	59	36	95	47.26	47.73	94.99
NO:	40	64	104	51.74	52.25	103.99
TOTAL:	99	100	199	99.00	99.98	198.98

Nota: No se incluye un caso en el que no hay datos.

$$\chi^2 = \sum \frac{((O - E) - 0.5)^2}{E}$$

$$A = ((59 - 47.26) - 0.5)^2 + 47.26 = 2.81$$

$$B = ((36 - 47.73) - 0.5)^2 + 47.73 = 3.16$$

$$C = ((40 - 51.74) - 0.5)^2 + 51.74 = 2.92$$

$$D = ((64 - 52.25) - 0.5)^2 + 52.25 = \frac{2.54}{11.44}$$

CON CORRECCION DE YATES:

$$\therefore \chi^2 = 11.44; \chi^2_{1g1} = P < .001$$

ES SIGNIFICATIVA.

PREGUNTA # 19.- CUAL ES SU PADECIMIENTO? ENFERME-
DADES AGUDAS: INFECCION VIAS RESPIRATORIAS ALTAS,
ENFERMEDADES DIARREICAS. ENFERMEDADES CRONICAS: -
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA, ENF. ARTICULAR DE
GENERATIVA, DIABETES MELLITUS, ENFS. ARTERIALES Y
VENOSAS. OTRAS.

<u>O B S E R V A D O S :</u>				<u>ESPERADOS:</u>		
<u>OPCIONES:</u>	<u>M.F.:</u>	<u>M.G.:</u>	<u>TOTAL:</u>	<u>M.F.:</u>	<u>M.G.:</u>	<u>TOTAL:</u>
<u>ENFS. AGUDAS:</u>	<u>34</u>	<u>41</u>	<u>75</u>	<u>37.31</u>	<u>37.68</u>	<u>74.99</u>
<u>ENFS. CRONICAS:</u>	<u>46</u>	<u>29</u>	<u>75</u>	<u>37.31</u>	<u>37.68</u>	<u>74.99</u>
<u>OTRAS:</u>	<u>20</u>	<u>31</u>	<u>51</u>	<u>25.37</u>	<u>25.62</u>	<u>50.99</u>
<u>TOTAL:</u>	<u>100</u>	<u>101</u>	<u>201</u>	<u>99.99</u>	<u>100.98</u>	<u>200.97</u>

$$\chi^2 = \sum \frac{((O-E) - 0.5)^2}{E}$$

$$A = ((34 - 37.31) - 0.5)^2 \div 37.31 = 0.38$$

$$B = ((41 - 37.68) - 0.5)^2 \div 37.68 = 0.20$$

$$C = ((46 - 37.31) - 0.5)^2 \div 37.31 = 1.80$$

$$D = ((29 - 37.68) - 0.5)^2 \div 37.68 = 2.24$$

$$E = ((20 - 25.37) - 0.5)^2 \div 25.37 = 1.37$$

$$F = ((31 - 25.62) - 0.5)^2 \div 25.62 = \frac{0.89}{6.90}$$

CON CORRECCION DE YATES:

$$\therefore \chi^2 = 2.90; \chi^2_{29} = 6.90 \quad P < .05 \quad \text{ES SIGNIFICATIVA}$$

I D E N T I F I C A C I O N U S U A R I O :
S E X O

<u>O B S E R V A D O S :</u>				<u>ESPERADOS :</u>		
<u>OPCIONES: M.F.: M.G.: TOTAL:</u>				<u>M.F.: M.G.: TOTAL:</u>		
FEMENINO:	83	64	147	73.13	73.86	146.99
MASCULINO:	15	34	49	24.37	24.62	48.99
TOTAL:	98	98	196	97.50	98.48	195.98

NOTA: En dos entrevistas de M.F. y en tres entrevistas de M.G. no se registraron datos.

$$\chi^2 = \sum \frac{((O - E) - 0.5)^2}{E}$$

$$\begin{aligned} A &= ((83 - 73.13) - 0.5)^2 + 73.13 = 1.23 \\ B &= ((64 - 73.86) - 0.5)^2 + 73.86 = 1.46 \\ C &= ((15 - 24.37) - 0.5)^2 + 24.37 = 4.01 \\ D &= ((34 - 24.62) - 0.5)^2 + 24.62 = 3.13 \\ &\hline &9.85 \end{aligned}$$

CON CORRECCION DE YATES:

$$\therefore \chi^2 = 9.85; \chi^2_{191} = 9.85 \quad P < .01$$

ES SIGNIFICATIVA

C R O N O G R A M A .

M E S :	SEMANAS:	C L I N I C A			CLINICA "DIV. DEL NORTE".
		"DR. I. CHAVEZ":			
		MATUTINO:			MATUTINO :
		J - V	L - M	M - J	J - V L-M M-J
MARZO:	4 - 8	7 - 8			7 - 8
Nº DE CUES TIONARIOS:		17			17
MARZO:	11 - 15	11-12			11-12
Nº DE CUES TIONARIOS:		17			17
MARZO:	18 - 22	20-21			20-21
Nº DE CUES TIONARIOS:		16			16
		VESPERTINO:			VESPERTINO:
MARZO:	4 - 8	7-8			7-8
Nº DE CUES TIONARIOS:		16			16
MARZO:	11 - 15	11-12			11-12
Nº DE CUES TIONARIOS:		17			17
MARZO:	18 - 22	20-21			20-21
Nº DE CUES TIONARIOS:		17			17

INSTRUCTIVO PARA LA INVESTIGACION FORMAL AUTORIZADA POR LA -
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL I.S.S.S.T.E.

RELACION MEDICO/PACIENTE.

EL PRESENTE INSTRUCTIVO TIENE POR OBJETO, LA REALIZACION DE LA ENTREVISTA CON EL MINIMO DE ERRORES Y EL MAXIMO DE APROVECHAMIENTO PARA CONFORMAR LA INVESTIGACION FORMAL.

1. EL ENTREVISTADOR DEBE CONOCER PREVIAMENTE EL INSTRUMENTO, CUESTIONARIO, PARA SU MEJOR APLICACION.
2. EL INSTRUMENTO DEBERA EVITAR: MALA INTERPRETACION DE LAS PREGUNTAS.
3. EL ENTREVISTADOR DEBERA PRESENTARSE AL DERECHOHABIENTE, PROYECTANDOLE CONFIANZA PARA OBTENER RESPUESTAS CONFIABLES.
4. EL CUESTIONARIO DEBERA LLENARSE CON LAPIZ.
5. DEBEN RESPONDERSE Y ANOTARSE LA TOTALIDAD DE LAS PREGUNTAS.
6. EL DERECHOHABIENTE ENTREVISTADO DEBERA TENER ENTRE 20 y 65 AÑOS DE EDAD.
7. EL NOMBRE DEL PADECIMIENTO INSCRITO EN LA PREGUNTA 19, SE ACLARARA CORRECTA Y BREVEMENTE.
8. LOS DIAGNOSTICOS QUE DIGAN LOS DERECHOHABIENTES COMO MOTIVO DE CONSULTA QUE NO CORRESPONDAN A LA PREGUNTA 19, NO SE ANOTARAN, NI SE TOMARAN EN CUENTA.
9. EL ABORDAJE DEL DERECHOHABIENTE SE EFECTUARA - AL SALIR DE LA CONSULTA MEDICA, SE LE INVITARA PARA QUE COOPERE, TRASLADANDOLO AL CUBICULO DE TRABAJO SOCIAL PARA UNA MEJOR ENTREVISTA.

10. PARA UN MEJOR CONTROL DE CALIDAD, CADA 20 ENTREVISTAS SE REALIZARA LA VIGESIMA ENTREVISTA POR EL COORDINADOR DE ESTA INVESTIGACION.
11. LOS PADECIMIENTOS QUE SE TOMARAN EN CUENTA PARA ESTA INVESTIGACION, SON LOS SIGUIENTES:
 - INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS: (GRIPE, RINITIS, RINOFARINGITIS, FARINGITIS, AMIGDALITIS, ETC.)
 - ENFERMEDAD DIARREICA: (DIARREA, GASTROENTERITIS, ENTERITIS, ENTEROCOLITIS, COLITIS, ETC.)
 - HIPERTENSION ARTERIAL: (PRESION ALTA, ME SUBIO LA PRESION, ETC.)
 - ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA: (OSTEOARTRITIS, ARTRITIS, REUMATISMO, ETC.)
 - DIABETES MELLITUS: (DIABETES, AZUCAR EN LA SANGRE, ETC.)
 - ENFERMEDADES VASCULARES: (VARICES, FLEBITIS, MALA CIRCULACION EN LAS PIERNAS, ETC.)
12. EN LA PREGUNTA # 19, SE TOMARA EN CUENTA SOLO UN PADECIMIENTO QUE MENCIONE EL PACIENTE.
13. EN LA PREGUNTA # 18 AL NO ENTENDER SOBRELLEVA; EXPLICARLO COMO: SIENTE, SOPORTA, TOLERA, ---- AGUANTA O LLEVA.
14. AL TERMINAR LA ENTREVISTA DEBERA DE PREGUNTARSE LA EDAD DEL DERECHOHABIENTE.
15. DESPUES DE REALIZAR LAS ENCUESTAS EN LA CLINICA DESIGNADA; SE VERIFICARA EL NOMBRE Y APELLIDO DE LOS MEDICOS MENCIONADOS POR LOS DERECHOHABIENTES.

16. SI EN LA PREGUNTA 20 CONTESTARON AFIRMATIVAMENTE; HACER LA PREGUNTA 21.
17. SI CONTESTARON LA PREGUNTA 20 EN FORMA NEGATIVA; NO HACER LA PREGUNTA 21.
18. EN LA PREGUNTA # 10, SE TRATA DE IDENTIFICAR - EL LENGUAJE NO VERBAL DEL MEDICO QUE OTORGA - LA CONSULTA.
19. EN LA PREGUNTA # 15, SE DEBERA ENFATIZAR, AL - MENCIONAR: ALGUNAS VECES; SI O NO.
20. EN LA PREGUNTA # 17, EL ENCUESTADOR PODRA VARIAR EL ORDEN DE LAS OPCIONES.

CUESTIONARIO PARA LA INVESTIGACION FORMAL:

RELACION MEDICO/PACIENTE.

CLINICA: _____

SEXO: F () M ()

EDAD: 20 - 24 () 25 - 29 () 30 - 34 ()
 35 - 39 () 40 - 44 () 45 - 49 ()
 50 - 54 () 55 - 60 ()

PREGUNTAS:

- 1.- EL MEDICO SE INTERESO POR SU PROBLEMA?
SI () NO ()
- 2.- DEMOSTRO DESEO DE AYUDARLE?
SI () NO ()
- 3.- LE DEDICO EL TIEMPO NECESARIO A SU CONSULTA?
SI () NO ()
- 4.- EL MEDICO LE SALUDO?
SI () NO ()
- 5.- SIENDE POR SU MEDICO:
ACEPTACION () SIMPATIA () RECHAZO ()
- 6.- EL MEDICO LE DIO OPORTUNIDAD DE HACER ALGUNA PREGUNTA?
SI () NO ()
- 7.- LE EXPLICO EN QUE CONSISTE SU ENFERMEDAD?
SI () NO ()
- 8.- LE INDICO COMO EVITAR RECAIDAS?
SI () NO ()

- 9.- LE DIJO COMO MEJORAR SU SALUD?
SI () NO ()
- 10.- LOS GESTOS Y PALABRAS CORRESPONDIERON A LA --
FORMA DE HABLAR DEL MEDICO?
SI () NO ()
- 11.- SE EXPRESO CON CLARIDAD?
SI () NO ()
- 12.- LE INSPIRO CONFIANZA?
POCA () REGULAR () MUCHA ()
- 13.- EL MEDICO LE RECIBIO:
ENOJADO () SONRIENTE ()
AMABLE () INDIFERENTE ()
- 14.- EL MEDICO LE DIJO SU NOMBRE Y APELLIDO?
SI () NO ()
- 15.- SE AJUSTA A LAS INDICACIONES MEDICAS?
ALGUNAS VECES () SI () NO ()
- 16.- QUE TANTO ESTA AFECTADA SU SALUD?
MUCHO () REGULAR () POCO ()
- 17.- COMO LOGRA SU RECUPERACION?
ESPONTANEAMENTE ()
POR INDICACIONES MEDICAS ()
SIGUIENDO CONSEJOS FAMILIARES ()
- 18.- EL PADECIMIENTO QUE TIENE USTED, COMO LO SO--
BRELLEVA?
BIEN () REGULAR () MAL ()
- 19.- CUAL ES SU PADECIMIENTO?
- A) INFECCION VIAS RESPIRATORIAS ALTAS. ()
- B) ENFERMEDAD DIARREICA. ()

- C) HIPERTENSION ARTERIAL. ()
- D) ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA. ()
- E) DIABETÉS MELLITUS. ()
- F) ENFERMEDADES VASCULARES. ()

20.- LA CONSULTA QUE RECIBIDO FUE SATISFACTORIA?

SI () NO ()

21.- PARA USTED, LA CONSULTA FUE SATISFACTORIA
PORQUE?

- A) LE PUSO ATENCION. ()
- B) LE ESCUCHO Y ORIENTO. ()
- C) LE REVISO CORRECTAMENTE. ()
- D) LE DIO RECOMENDACIONES Y CONSEJOS. ()
- E) LE ACLARO SUS DUDAS. ()

22.- CUAL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE SU MEDICO?
