

UNIVERSIDAD

NACIONAL

AUTONOMA

DE

MEXICO

11226

6
20

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA ARAGON No. 29



Cumplimiento de las Indicaciones Médicas en la Consulta Externa de Medicina Familiar.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A N
DRA. LAURA E. BAILLET ESQUIVEL
DRA. MA. DEL ROSARIO BARRIENTOS GOVEA
DRA. EMILIA A. IBARRA VICENS
DRA. JUDITH NAJERA ALVARADO

MEXICO, D. F.

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

1.- INTRODUCCION	
2.- ANTECEDENTES	1
3.- PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA	8
4.- HIPOTESIS	9
5.- MATERIAL Y METODOS	10
6.- FORMATOS DE INVESTIGACION	12
7.- ANALISIS	20
8.- CONCLUSIONES	34
9.- COMENTARIOS Y SUGERENCIAS	37
10- B I B L I O G R A F I A	40

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

Las relaciones más personales con el paciente la comprensión y capacidad para profundizar en su conducta y sus motivaciones, no necesitan ni existe preparación ni adiestramiento alguno capaz de reemplazar al talento intuitivo y al juicio maduro.

Se espera del médico tacto, simpatía y comprensión, pues el paciente no es una mera colección de síntomas, signos, trastornos funcionales, órganos lesionados y emociones alteradas. Es un ser humano con temores y esperanzas, que busca consuelo, ayuda y reafirmación de su confianza.

" Una cosa es segura -dijo William Osler- no te corresponde pronunciar la sentencia, destruir la esperanza del enfermo ... la esperanza que persiste en cada uno de nosotros".

A N T E C E D E N T E S

A través de la Historia de las Sociedades humanas, su evolución hasta el momento actual, se ha visto influida por múltiples factores, por lo que el hombre tuvo que aprender a modificarlos de acuerdo a la evolución del pensamiento médico. Esta evolución ha pasado por varias etapas, desde los conceptos mágico-religiosos, hasta la Medicina Actual. Resultando una mayor influencia del médico sobre los hombres pero en función de su enfermedad física. (1-2).

Sin embargo, a medida que la Civilización avanza ésta influencia es relativa, ya que el alivio del dolor físico no es más que uno de los factores que afecta al hombre, por lo cual es necesario tomar en cuenta los factores sociales culturales y humanísticos, de ahí que la Relación Médico-Paciente se haya deteriorado, llevando a minimizar la influencia que tenía el médico sobre todos los aspectos de la vida del individuo hasta ver hoy en día que también se ha afectado el cumplimiento de las indicaciones médicas.

La Historia Natural de la Enfermedad, nos permite ver en forma más detallada y adecuada, el padecimiento, su evolución y repercusiones en la triada ecológica: -- Ambiente-Agente-Huésped además los niveles en los que -- no solo el médico, sino la sociedad y el hombre como -- parte integrante de ésta pueden afectar dicha evolución (3).

De lo mencionado hasta aquí, es necesario recalcar tres aspectos importantes:

- Evolución del Pensamiento
- Historia Natural de la Enfermedad.
- Relación Médico-Hombre-Sociedad.

Revisando retrospectivamente la Literatura Médica durante los últimos 10-15 años, nos encontramos con que existen múltiples referencias relacionadas con el incumplimiento de las indicaciones médicas. La sociedad exige que el Médico influya en sus pacientes en favor de su salud. Pero el Médico Familiar debe interpretar esta premisa para el paciente, de manera que éste pueda entenderlo y aceptarlo. El médico familiar debe familiarizarse lo suficiente con los diversos -- grupos sociales para entender y comprender los diferentes objetivos vitales. Sólo así puede hacer labor de sus métodos de tratamiento y asistencia con una base de comprensión mutua (4). Además se encuentra que la mayoría de la orientación debe efectuarse en la -- primera consulta (5) u que de ésta dependen las subsecuentes, ya sea en pacientes ambulatorios u hospitalizados, con padecimientos agudos o crónicos, (6) sin importar sexo, condición socioeconómica, edad ni el grupo cultural.

Entre los métodos usados (7-8) para la documentación del cumplimiento de la medicación en pacientes -- externos, se han incluido: entrevistas a los pacien--

tes, cuenta de pastillas, monitoreo mecánico de la medicación y valoración del éxito de la terapéutica, - éstos son métodos indirectos, entre los directos se - incluyen el análisis de sangre y orina para detectar la presencia de la medicación y/o sus metabolitos. En un estudio en relación a la toma de Penicilina oral en edad pediátrica comprobada ésta en orina, se incluye que un 85% de pacientes la tomaron conforme a la prescripción hasta el quinto día, el 56% hasta el noveno día, un 13% fueron renuentes a tomarla; por lo anterior se tomaron algunos parámetros para diferenciar a los cumplidores de los no cumplidores, sin embargo, ninguno fue significativo y se correlacionó con la estimación de la severidad de la madre (9) (10)

Estudios efectuados en Perú por Midzuaray (11) clasifican las razones por las cuales hay incumplimiento en las indicaciones médicas por parte de la madre, en la consulta pediátrica privada, a través de entrevistas domiciliarias en que se cuestionan las razones que están en relación directa con el grado de instrucción de los padres y nivel socioeconómico. Entre las razones más importantes se aduce: falta de dinero, olvido o negligencia, no entendimiento de las indicaciones médicas, desconfianza hacia el Médico, dificultad del regimen terapéutico, prejuicios o creencias erróneas, efectos colaterales de las drogas.

Algunos estudios se han enfocado a relacionar la edad con el grado de incumplimiento médico (12) observando que la mayor continuidad del tratamiento se encontraba en pacientes con edades que fluctúan entre los 37-47 años con padecimientos crónicos.

Goldberg en sus investigaciones (13) ha tratado de implementar un programa de evaluación del cuidado médico en pacientes ambulatorios que se ha visto afectado por problemas como falta de continuidad, ausencia de comunicación entre médico y paciente, carencia de criterios para el establecimiento del cuidado médico.

Trabajos realizados en Polinesia, (14) arrojaron datos tales como que los pacientes egresados del Hospital, no continuaban su medicación por distintos factores, los cuales se clasifican en dos grupos: a) --- error simple, por inscripción difícil en el envase -- de los medicamentos o falta de entendimiento en la -- prescripción y b) incumplimiento, en el que se involucra un intento voluntario.

No obstante, se menciona (15) que es necesario ampliar la investigación de nuevos sistemas de atención para la salud, ya que los actuales, están concebidos y desarrollados con centralización en el médico como responsable del contacto con el paciente. en la enfermedad como materia de acción prioritaria, en el hospital como recurso básico de atención y en los medicamentos como panacea.

Iguales inquietudes manifiestan los médicos de nuestro país en cuanto a la relación (16), los cuales agregan a lo anterior, el hecho de que el contacto médico-paciente implica una educación perenne entre éstos, de los cuales resulten cambios de conducta y actitudes permanentes.

Dentro de la familia también se detectan ciertos problemas que merecen atención y estudio como son el adolescente, el cual se caracteriza por su estado de rebeldía e inquietud hacia lo impuesto llámese país, leyes, padres, autoridades, etc. Derivándose conflicto cuando tiene que acatar ciertas ordenes médicas, para esto se ha postulado que éstas se den en forma de consejo, dejando que el paciente externe sus frustraciones, con esto se lograría una buena relación entre él y su médico(11).

Una buena manera de lograr toda ésta interacción es a través de cuestionarios a la familia (17) de donde se puede extraer puntos claves de la dinámica familiar y que su influencia es determinante para el logro de un adecuado tratamiento, no importando que se trate de padecimientos agudos o crónicos.

Respecto a pacientes que han permanecido hospitalizados y que tienen que continuar con un tratamiento-determinado, se han creado comités en algunos hospitales de Sn. Paul, que dan información acerca de los medicamentos, su horario de administración, sus efec--

tos indeseables y la importancia de su seguimiento, - en el cuál el paciente toma parte activa de su medicación, habiéndose completado todo el programa de información, para concientizarlo de la responsabilidad que tiene en la evolución de su enfermedad, no obstante, - posteriormente se encuentran datos de incumplimiento, siendo la principal causa, el olvido.

Lo mismo se preconiza (18) para cierto tipo de - pacientes, los cuales se han clasificado en autodes--tructivos, dependientes, manipuladores, demandantes - etc. y que depende de una buena interacción entre el médico y el paciente, para que se minimicen estos rasgos y consecuentemente mejorar el seguimiento de la - terapéutica.

Hasta aquí nos hemos referido al paciente única--mente y al binomio Médico-Paciente, ahora bien, tra--tándose específicamente del médico, de él depende en--mucho, que se establezca una relación íntima y lazos--de cordialidad con su paciente, para lo cual deberá - estar capacitado para proyectar una imagen de seguri--dad y responsabilidad, proporcionando cuidados apro--piados, pudiendo ser necesario el contacto con otros--miembros de la familia, amigos, y otros médicos, así--conocer la capacidad de raciocinio y estabilidad emo--cional del paciente. (4).

Para el tratamiento, el médico debe estar sensi-

bilizado de las características físicas y necesidades psicológicas de sus pacientes, ya que es un factor importante en su responsabilidad a la enfermedad y al tratamiento médico (19).

Entre las mejoras (20) se incluye favorecer la relación Médico-Paciente, haciendo un interrogatorio intencionado para proporcionar orientación al paciente acerca de su enfermedad y regimen de tratamiento, elementos sociales de apoyo y otras fuentes de información, como son adaptar el regimen a la actividad -- del individuo y mantener contacto con él.

Porque se ha visto que cuando más satisfecho esté el paciente con su médico, se disminuye el conflicto en que se lleva a cabo la atención y por lo tanto será mejor el cumplimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la elevada frecuencia de incumplimiento de las órdenes médicas, situación originada por factores relacionados con el paciente, la familia y el médico, se observó en forma empírica en la Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital de Zona "Aragón" No. 29 I.M.S.S. y de las informaciones al respecto, básicamente extranjeras, se piensa que intervienen múltiples factores, no habiéndose delineado hasta el momento con precisión, cuales son los básicos.

La importancia de detectar la magnitud del incumplimiento y sus consecuencias primordiales reside en una serie de repercusiones en el Sistema de Atención como son:

a) El paciente no sana, lo que origina recaídas, por lo tanto genera mayor demanda de consultas, congestión de los servicios y nueva erogación económica.

b) En consecuencia, la relación Médico-Paciente sufre un deterioro, por lo tanto la imagen institucional también.

En nuestro país es necesario ampliar nuevos sistemas de atención para la salud, en éste caso conocer necesidades sentidas de atención y estudio de actitudes, además de comportamiento sobre los pacientes .

OBJETIVOS

- Determinar qué factores influyen en el Cumplimiento de las Indicaciones Médicas, en los padecimientos agudos de la Consulta de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 29 - "Aragón".
- Valorar en aquellos casos de incumplimiento, los factores posiblemente determinantes de ello, relacionados al Médico, al Paciente y la interacción entre ambos.
- De acuerdo a los resultados obtenidos, emitir elementos de juicio tendientes a mejorar la atención y el cumplimiento de las Indicaciones Médicas.
- Obtener una base para la programación posterior de investigaciones particulares sobre los problemas de cumplimiento de las indicaciones médicas.

H I P O T E S I S

El paciente que acude a la Consulta Externa de -
Medicina Familiar, no acata en un porcentaje satisfac-
torio, las indicaciones del Médico en el tratamiento-
de las enfermedades agudas, ésto se debe a factores--
inherentes a la atención médico-paciente-familia.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 50 pacientes al azar, cuyo rango de edad estuvo dentro de los 150 días y 24 años de edad; que fueron captados en el Servicio de Consulta Externa de Medicina Familiar, en consultorios noesdel Hospital General de Zona "Aragón" No. 29, en el transcurso de agosto a noviembre de 1980; entre las características que debían reunir para el estudio fueron las siguientes: que se tratara de un padecimiento agudo, sin importar el tiempo de evolución de la enfermedad al momento de ser captados.

Se efectuaron tres investigaciones, el primer cuestionario se efectuó al ser captados los pacientes por primera vez, que constó de 21 preguntas, 11 de opción múltiple y 10 de aseveración-negación.

En la primera parte en el que se anotó el nombre, domicilio, edad, sexo, escolaridad de la persona responsable de administrar el medicamento. ingreso familiar mensual, número de miembros de la familia, cédula y número de consultorio en que fue captado. Además por último el diagnóstico y tratamiento puntualizando el número de medicamentos, horario, la vía de administración y duración del tratamiento.

Las preguntas de aseveración-negación; tendieron a investigar la relación médico-paciente, información

de tipo médico; nivel cultural, económico, y social. -

Los siguientes dos cuestionarios se efectuaron -- en el domicilio del paciente, al tercer y quinto día - de tratamiento respectivamente; constando el segundo - de 5 preguntas, encaminadas a detectar la evolución del padecimiento en relación con el tratamiento; si se en-- contraba llevando a cabo como se había indicado o ha--- bía alguna variación respecto a dosis, horario, vía de administración. Al mismo tiempo se valoró el ambiente - familiar efectuandose balance entre días/medicamento/-- evolución.

El último de los cuestionarios, solo de 3 pregun-- tas, para efectuar, balance entre medicamentos y días - de tratamiento; evolución del padecimiento y continui-- dad del tratamiento.

Por otro lado, se realizó un cuestionario dirigido específicamente al Médico Familiar de cada paciente es-- tudiado, el cual tuvo lugar al mismo tiempo de efectua-- da la consulta y posterior a ésta, basado en la observa-- ción y el interrogatorio directo, que constó de 15 pre-- guntas de opción múltiple, tratando de detectar el gra-- do de relación médico-paciente; y las causas por parte del médico en el incumplimiento de sus indicaciones.

El procesamiento se efectuó mediante el vaciamien-- to de datos por medio de del método de paloteo (repre-- sentado por cuadros, gráficas y tablas).

FORMATO DE CUESTIONARIO A
PACIENTES EN LA PRIMER VISITA

1.- Ficha de identificación:

Nombre

Cédula

Consultorio

Sexo

Edad

Escolaridad de la madre

del paciente

Dirección

No. de miembros de la fam.

Ingreso mensual familiar

Diagnóstico

Tratamiento

II.-

1.- ¿Qué es lo primero que hace cuando se enferma?

- a) Va a la Farmacia
- b) Va con las vecinas
- c) Toma remedios caseros
- d) Toma medicinas que ya tenía
- e) Va con su médico particular
- f) Acude con su médico familiar

2.- ¿Cuántos días después de iniciada la enfermedad acude con su médico familiar?

- a) Al inicio

- b) Cuando se siente ya muy mal
- c) Cuando aumentan los síntomas
- d)

3.- ¿En qué ocasiones acude al médico particular teniendo IMSS?

- a) De primera instancia
- b) Cuando no ve mejoría con el trat. dado por su médico familiar.
- c) Porque lo trata mejor'
- D)

4.- ¿Cuándo acude con su médico familiar, le explica -- respecto de su enfermedad?

- a) Sí
- b) No

5.- ¿Usted entiende lo que le explica?

- a) Sí
- b) No

6.- ¿Cuándo va con su médico particular le explica respecto de su enfermedad?

- a) Sí
- b) No

7.- ¿Su médico le indica cuánto tiempo va a durar su padecimiento?

- a) Sí
- b) No

8.- ¿Cuándo va con su médico familiar, le explica cómo debe tomarse los medicamentos?

- a) Sí
- b) No

9.- ¿Cuando no entiende las explicaciones, le pregunta de nuevo?

- a) Sí
- b) No

- 10.- ¿Le contesta su médico?
- a) Sí b) No c) Qué le responde...
- 11.- ¿Cuando no entiende las indicaciones del médico familiar a quien acude?
- a) A un familiar
- b) A la vecina
- c) No se toma la medicina
- d) Regresa con su médico
- e) Otras.....
- 12.- ¿Cuando le surten la receta le explican cómo tomarse los medicamentos?
- a) Sí b) No
- 13.- ¿Cuando empieza a tomar el medicamento, en cuánto tiempo piensa usted que se va a aliviar?
- a) El primer día
- b) Cuando se termine la medicina
- c) A los 3 días
- d) A los días
- 14.- Si a pesar de seguir el trat. en ese tiempo (3-4 días) no hay mejoría, ¿Qué hace?
- a) Lo continúa
- b) Lo abandona y acude con otro médico
- c) Acude nuevamente con su médico familiar
- 15.- Si al acudir nuevamente con su médico familiar le indica el mismo medicamento ¿Qué hace?
- a) No se lo toma
- b) No surte la receta

- c) Se automedica
 - d)
- 16.- ¿Le explica su médico familiar qué efectos adversos puede presentar con los medicamentos que le prescribe?
- a) Sí
 - b) No
- 17.- ¿Cuando se le da un tratamiento y disminuyen o desaparecen las molestias y todavía tiene medicina, ¿qué hace?
- a) Continúa el tratamiento hasta terminarlo
 - b) Lo suspende
 - c) Los guarda para otra ocasión
 - d) Se los receta a otra persona con los mismos síntomas.
- 18.- ¿Cuando se siente mal con alguna medicina, qué es lo que hace?
- a) La sigue tomando
 - b) Acude al médico familiar para que se la cambie
 - c) La deja de tomar
 - d) Toma otra recetada por otra persona
 - e)
- 19.- ¿Se preocupa por aprenderse el nombre de los medicamentos que está tomando?
- a) Sí
 - b) No
- 20.- ¿Cuando la vía de administración es intramuscular, - qué hace?

- a) Se las aplica todas
 - b) No se las aplica
 - c) Se las aplica hasta sentir mejoría únicamente
- 21.- ¿Cómo considera la relación con su médico familiar?
- a) Cordial
 - b) Indiferente
 - c) Agresiva.

CUESTIONARIO SUBSECUENTE

TERCER DIA

- 1.- ¿Cómo se siente con el tratamiento actual?
- a) Mejor
 - b) Igual
 - c) Peor
- 2.- ¿Cómo se está tomando la medicina?
- a) Sí supo
 - b) No supo
- 3.- ¿Conserva la receta?
- a) Sí
 - b) No
- 4.- ¿Cuántos medicamentos está tomando simultáneamente?
- a) Uno
 - b) Dos
 - c) Tres o más
- 5.- Muéstreme los medicamentos. primer balance.
- a) Coincide con el tiempo de tratamiento.
 - b) No coincide.

CUESTIONARIO SUBSECUENTE

QUINTO DIA

- 1.- ¿Cómo se siente con el tratamiento actual?

- a) Mejor b) Igual c) Peor
- 2.- ¿Continúa con el tratamiento?
 - a) Completo
 - b) Incompleto o parcial
 - c) No, Por qué?
- 3.- Segundo balance
 - a) Sí coincide
 - b) No coincide

CUESTIONARIO APLICADO A LOS MEDICOS

- 1.- ¿Cuando un paciente llega a su consulta lo primero-
que usted le dice es?
 - a) Qué le pasa
 - b) Como se encuentra?
 - c) Buenos días Don....
 - d) Otra vez por aquí?
- 2.- Si se trata de una paciente con múltiples problemas
usted,...
 - a) Trata de deshacerse pronto de él
 - b) Le dice que todo es producto de sus locuras
 - c) Lo escucha y trata de ayudarlo
 - d) Lo manda con el Psiquiatra
- 3.- ¿Le explica a sus pacientes el padecimiento que tie-
nen?
 - a) Sí
 - b) No
- 4.- ¿Le explica a sus pacientes cómo tomarse la medici-
na?

a) Sí

b) No

5.- Cuando el paciente le preguntara acerca de algún parámetro investigado por usted, durante la exploración, ¿Qué le responde?

a) Eso es cosa mía

b) Para qué le digo sí de todos modos Ud. no entiende

c) Bien o mal, sin ninguna otra explicación

d) Le responde su pregunta explícitamente

6.- ¿Cómo considera a los pacientes que acuden una y -- otra vez?

a) Unos latosos

b) Que acuden por acudir

c) Que no se les ha resuelto su problema

d) Que requieren de mayor participación interpersonal

7.- Usted trata:

a) Lo que el paciente tiene

b) Lo que el paciente es

8.- Recibió durante su adiestramiento, algún curso sobre Relaciones Humanas o Sociales?

a) Sí

b) No

9.- ¿Cuál considera que es el primer obstáculo para una buena comunicación?

10.- Cual cree ud. que sea la función más importante del Médico?

- a) Preparación médico-técnica.
- b) Relación estrecha con el paciente.
- c) Cognocitiva-afectiva.
- d) Mezcla de éstas.

11.- Trata a sus pacientes por:

- a) Interés Científico.
- b) Interés social.
- c) Interés Humano.
- d) Interés Económico.
- e) Interés Personal.

12.- ¿Cuánto tiempo dedica a cada paciente?

- a) 5 minutos.
- b) 30 minutos.
- c) 15 minutos.
- d) Individualiza.

13.- ¿Se preocupa por que el paciente entienda sus indicaciones?

- a) SI, como
- b) NO.

14.- Se preocupa por que el paciente cumpla sus indicaciones?

- a) SI
- b) NO
- c) Como lo detecta.

15.- ¿Como considera sus relaciones humanas con el paciente?

- a) Cordial.
- b) Indiferente.
- c) Agresiva.

ANALISIS

El análisis sobre la frecuencia de los padecimientos fue el siguiente:

Faringoamigdalitis	62%
Rinofaringitis	18%
Gastroenteritis	12%
Laringitis	2%
Anemia	2%
Otitis Media	2%
Bronquitis Aguda	2%

De los pacientes estudiados el 62% correspondió -- al sexo femenino y el 38% al sexo masculino.

El rango de edad fue desde 5/12 hasta 24 años, con un promedio de 5.8 años.

En cuanto a la escolaridad de la madre que fue la - entrevistada, se recogieron los datos siguientes:

Analfabeta	6%
Primaria Incompleta	24%
Primaria Completa	16%
Secundaria Incompleta	4%
Secundaria Completa	10%
Vocacional Incompleta	2%
Comercio Incompleto	2%
Comercio	6%

Profesional	4%
Se ignora	26%

Entre los pacientes la escolaridad fluctuó de la siguiente manera.

Nula	54%
Jardín de Niños	10%
Primaria Incompleta	26%
Primaria Completa	2%
Secundaria Incompleta	8%

En cuanto al ingreso económico de las familias - se encontró en el rango de \$1,000.00-24,000, con un promedio de \$ 6,124.00.

El número de miembros por familia fue de 1-13 -- con un promedio de 5.8 por familia.

En cuanto a la vía de administración del medicamento 40% fue por vía oral y 60% parenteral.

Conforme a los resultados de la encuesta practicada entre los derechohabientes entrevistados, nos encontramos con que el 32% de los pacientes, lo primero que realizan al presentarse la sintomatología de alguna enfermedad, es automedicarse, usando para tal, --- prescripciones y drogas que se les han recetado en -- otras ocasiones, así mismo, vemos que el 26% respectivamente o van a la farmacia para que les den algún medicamento o acuden al IMSS, correspondiendo en cada caso 13 pacientes de cada grupo. Posteriormente y en orden de frecuencia el 12% toman remedios caseros y -- el 4% van con algún médico particular. Aquí se empieza a vislumbrar la falta de orientación que el paciente tiene con respecto al estado de enfermedad y al -- tratamiento de la misma, así como cuándo debe acudir al médico. Ya que vemos que en relación al tiempo -- que transcurre entre la aparición de los síntomas y -- el momento en que se presenta a consulta con su médico familiar, los pacientes, en un 40% van cuando aumentan los síntomas, el 26% acude al inicio de la enfermedad y el 20% entre el 2°y el 8°día del padecimiento, encontrándose la mayor frecuencia de asistencia entre el 2°y 3er. día; el resto de los pacientes asistirán a su médico sólo cuando los síntomas no ceden a los remedios autoinstituidos.

Todo lo anterior hace pensar que el paciente pocas veces acude a su médico familiar como primera ins

tancia y que cuando por fin decide acudir, lo hace como último recurso. En el caso de los pacientes que acuden a médico particular, lo hacen en un 58% por -- distintas razones, encontrándose entre las más frecuentes:

- a) La cercanía del médico particular
- b) El horario de la consulta externa de M.F.
- c) Mayor cortesía por parte del médico particular.

Respecto a esto, los pacientes refieren que su Clínica de adscripción queda muy retirada de su domicilio y ante la emergencia que representa un padecimiento agudo, se ven obligados a recurrir a médico particular.

Otros pacientes aducen que trabajan tiempo completo, encontrándose imposibilitados para asistir dentro del horario de CE. Además manifiestan que el médico particular los trata mejor, los consulta más rápido, atendiéndolos en el momento que llegan y sobre todo, puede atender a toda la familia.

En contraposición, el 24% refiere no acudir a médico particular por contar con IMSS y porque no tienen recursos económicos suficientes para poder solventar dichos gastos; un 24% de los pacientes acuden al médico particular porque no observan mejoría con el tratamiento instituido por el médico familiar, en un 16% acuden a médico particular de primera instancia -

por desconfianza o porque consideran que se curan más rápido, sólo un paciente (2%) refirió que acudía al médico particular porque el trato es mejor.

En cuanto a la información que el paciente recibe del médico acerca de su enfermedad, la mayoría o sea el 52% reciben información somera en contraposición con un 48% que no la reciben, lo cual podría deberse a que los pacientes pocas veces preguntan y el médico pocas veces explica, de acuerdo a esto la entrevista nos demuestra que el 60% entiende la explicación del médico acerca de su enfermedad y el 40% no entiende ni la explicación ni las indicaciones de su médico.

Ahora bien, en comparación con las explicaciones recibidas de su médico particular, el 58% refiere que su médico les explica respecto a su enfermedad y el 42% no recibe ninguna explicación.

En cuanto a la información de la duración de su enfermedad se obtiene que el 88% no reciben explicación, encontrándose que la reciben sólo el 12%.

En lo conceniente a la manera en que debe de tomarse el medicamento, un 98% menciona que el médico sí les explica y el 2% lo niega, sin embargo debe tomarse en cuenta que a la hora de administrarse el medicamento, el paciente no sigue las indicaciones aún con explicación previa y esto se debe a diversos factores que se analizarán en forma progresiva posterior

mente.

Aunque parezca contradictorio, el 80% pregunta - de nueva cuenta cuando no entiende, no haciéndolo así el restante 20%, encontrando la mayoría respuesta de su médico lo que hace un 82%; no recibiendo respuesta satisfactoria el 18%.

El paciente al no entender las indicaciones del médico acude de primera instancia a algún familiar en el 48% de los casos, el 36% se enterará de las indicaciones con sólo leer su receta, en este porcentaje se incluye a los que van a la farmacia y a los que generalmente entienden y por último, el 16% regresa con su médico familiar, lo cuál nos indica que el paciente va nuevamente con su médico sólo como último recurso; también hay que mencionar que la gran mayoría de los pacientes no reciben explicación al momento de -- surtir la receta, agregándose otro factor que favorece el incumplimiento.

Muestra de la diversidad de conceptos acerca de una enfermedad, su origen y su duración junto con la falta de uniformidad del criterio en cuanto al tiempo de duración de una enfermedad, así como el intervalo en que el medicamento empieza a actuar, lo refleja el hecho de que el 46% de los pacientes piensan que con 3 días que tomen el medicamento habrá remisión de los síntomas. Englobado en un 24% se encuentran que esto sucederá al 2°, 4°, 5°, 8° y hasta el 12° día. Existe-

un 16% que piensan que se mejorarán al primer día y sólo un 14% cuando se termine la medicina, de ahí la gran desorientación y por lo tanto el incumplimiento.

Cuando el paciente no obtienen mejoría en el tiempo esperado, se observó que el 74% acude nuevamente con su médico familiar; el 22% abandona el tratamiento y acude con otro médico, sólo el 2% continúa con el tratamiento y otros refieren diversas causas.

Si aún después de no encontrar mejoría, el paciente acude con su médico familiar y éste le receta el mismo medicamento el 68% realiza las siguientes acciones:

- Van con otro médico
- Continúan con el medicamento
- Se aplican la mitad del medicamento

En el 24% de los casos, no se aplican, el 6% no surte la receta y el 2% se automedica, lo que nos demuestra que la mayoría de los pacientes no confían en su médico familiar.

Otro parametro investigado en nuestra encuesta y que es un problema frecuente como causa de incumplimiento, es la falta de información acerca de los efectos adversos que pueden tener los medicamentos; así se observó que el 80% de los pacientes no recibieron ninguna información; en contraposición del 20% que si la recibió, que viene a reafirmar la importancia de que el mé-

dico proporcione las ventajas y desventajas de los -- medicamentos que prescribe.

Ahora bien, el 50% de los pacientes que si pre-- sentaron mejoría con el tratamiento y que les sobró - medicamento éste lo guardan para otra ocasión en que ellos creen que se trata del mismo padecimiento; otro grupo de pacientes que constituyen el 10% lo recetan= a otras personas con la misma sintomatología, lo que denota lo riesgozo que significa en un momento dado' --
 ==
 ésta conducta.

Por otro lado, solo el 24% continuó el trata---- miento hasta el final y un 16% lo suspende sin causa-- justificada.

Llama la atención que los pacientes al no obser-- var mejoría y si efectos indeseables con el tratamien-- to prescrito, lo suspenden en un 62% de los casos, -- otro 18% acude nuevamente con su MF para que éste lo-- cambie; no así el 6% que a pesar de todo lo continúan el 4% decide cambiarlo por libre albedrío y solo un - 10% no presentaron problemas.

No obataste lo anterior, el 56% de los pacientes adquieren la parte de responsabilidad que les toca -- en cuanto a su tratamiento e incluso se preocupan por aprenderse el nombre de los medicamentos que están in giriendo, conducta no observada en el resto de pacien-- tes (44%), quienes no lo hacen.

Hecho curioso ocurre respecto a la vía de admi--

nistración de un medicamento, pues se observó que --- hay mayor deserción cuando se trata de la vía paren--- teral, sin embargo el 64% se lo aplica hasta sentir--- mejoría únicamente; la influencia del médico es deteg minante en un 22% en que sí se logra que concluyan el tratamiento como se indicó; hecho continuo en un 4% - en que son renuentes hasta de iniciarlo.

Para concluir la primera etapa de la evaluación- realizada; se investigó el concepto que el paciente -- se llevó al final de la consulta, clasificandolo en - tres parámetros:

- una relación cordialmanifestada por el propio paciente en un 64% .

- total indiferencia en un 30%

- trato agresivo en un 6%.

Al analizar el segundo cuestionario que se efec- tuó el tercer día de tratamiento con el fin de obser- var la evolución de la enfermedad junto con el cum--- plimiento del tratamiento de parte del paciente, en--- contrando que el 64% de los casos manifestaron mejo--- ría en esa etapa; el 34% aún no presentaban ningún - cambio. Al interrogarles directamente acerca del pro- cedimiento de aplicación, el 82% contestó en forma -- adecuada, no así el 18% que cambió las indicaciones - aprendidas del médico.

Se detectó que 76% de los pacientes conservaban-

hasta ese momento la receta; no mostrándose en un 24%.

Si hemos visto que la administración de un medicamento propicia incumplimiento, éste se incrementa cuando son dos o más los medicamentos recetados; recabándose que el 80% tomaban dos medicamentos simultáneamente el 10% un solo medicamento y otro 10% tres o más medicamentos.

Al pedir se nos enseñara los medicamentos. comprobamos que el 72% coincidían con el tiempo de administración, en comparación con 28% en que no coincidió.

El último cuestionario practicado a los pacientes hacia el quinto día del tratamiento demostró que el 86% presentaban mejoría con el tratamiento instituido y el resto (14%) se encontraban en iguales condiciones que al inicio de la medicación, así mismo se observó que la mitad de mitad de los pacientes (50%) continuaban el régimen terapéutico en forma parcial, el 36% lo completó hacia ésta fecha y el 14% no lo continuaron por diversos motivos entre los cuales se encuentran:

- manifestación de mejoría.
- no hallaron ningún cambio.

Un nuevo balance de la terapia reveló que el 52%

coincidía con la relación medicamento/tiempo, al contrario del 48% restante.

La investigación realizada entre los médicos durante y después de la consulta, llevó como objetivo - primordial, observar la calidad de la relación médico - paciente y estar en condiciones de detectar los probables obstáculos que interfieren en dicha relación y que influyen en el cumplimiento. Se recabaron datos interesantes que llaman la atención:

Es bien sabido que la actitud inicial tanto del médico como del paciente en el transcurso de la consulta constituyen un factor determinante para que el paciente adquiera confianza y conciencia de su padecimiento, igual que el médico logre el objetivo fundamental de su labor.

Desde un simple y cordial saludo que proporciona un ambiente favorable para que se establezca la comunicación lo cual se demuestra mediante los siguientes hechos:

Que el 86% de los médicos dicen a la llegada del paciente "Qué le pasa". En un 10% iniciaron la entrevista con un "Buenos días", el 4% preguntando ¿Cómo se encuentra?" haciendonos notar que en pocas ocasiones recordaba el nombre del paciente en cuestión.

Frecuentemente los pacientes acuden al médico -- no solo motivados por un padecimiento agudo, sino --- que llevan tras de sí múltiples problemas de indole-

de índole variada, por lo que en un 50% el médico detecta esta situación tratando de ayudarlos; triste es mencionar que en un elevado número de los entrevistados (48%) trata de deshacerse pronto del problema, -- llegando incluso hasta canalizarlos con el Psiquiatra

Cabe mencionar que hay una gran diferencia de interpretación entre médico y paciente, pues el 52% de médicos "explican" el tipo de padecimiento que aqueja al paciente, explicación que no es satisfactoria para éste, como ya se patentizó anteriormente, siendo más grave la situación en 48% de los médicos que no la -- proporcionan. Otro hecho curioso es el que ocurre -- cuando el médico explica la terapéutica (cómo, cuánto y cuándo) siendo sólo el 4% de éstos los que no la -- dan.

Acerca de las dudas del paciente formuladas durante la consulta al médico, éste no las resuelve satisfactoriamente porque contesta bien o mal sin mayor detalle, en un 62% ; lo cuál inhibe al paciente mayores incursiones en este terreno, favoreciendo con ésto, el incumplimiento posterior. Hecho contrario en un 24% de médicos en que sí responden explícitamente las preguntas concretas del enfermo. Un 14% restante tampoco explica, pues piensa que de cualquier manera el paciente no lo entiende.

Existen pacientes que ocurren frecuentemente a la Consulta Externa, acerca de ésto, el 42% de los -

médicos, piensan que acuden sólo por acudir; siendo - 12% de éstos, los que creen que el problema es otro y tratan de resolverlo. Sólo 16% de médicos piensan -- que este tipo de pacientes requiere mayor participa-- ción interpersonal.

La gran mayoría de médicos 90% tratan lo que el paciente presenta, no así el 10% que los tratan integralmente.

Preguntándoles directamente sobre los principa-- les obstáculos que creen interfieren para una buena - comunicación en un 48%, se nos dieron las siguientes- razones:

- Por el Sistema Institucional
- El tiempo que el paciente tiene que esperar'
- El poco tiempo que se dedica a la Consulta
- El gran número de consultas en un horario de-- terminado.
- La falta de información médica del paciente
- El bajo nivel sociocultural de los pacientes
- El stress del paciente ante el médico y por su propio padecimiento, que hacen aunado a todo - lo anterior lleguen los pacientes con una con-- ducta agresiva a la entrevista.

En un 42% se detectó que el obstáculo mencionado es el status y en 10% lo constituye el lenguaje.

Respecto al tiempo de consulta dedicado a cada pa-- ciente: por el médico, el 44% dedican sólo 5 minutos-

por paciente, 34% individualiza la duración de la consulta según el tipo de paciente y de la enfermedad de que se trate. Un 20% proporciona 15 minutos para la atención y sólo un 2% dedica 30 min. a cada paciente.

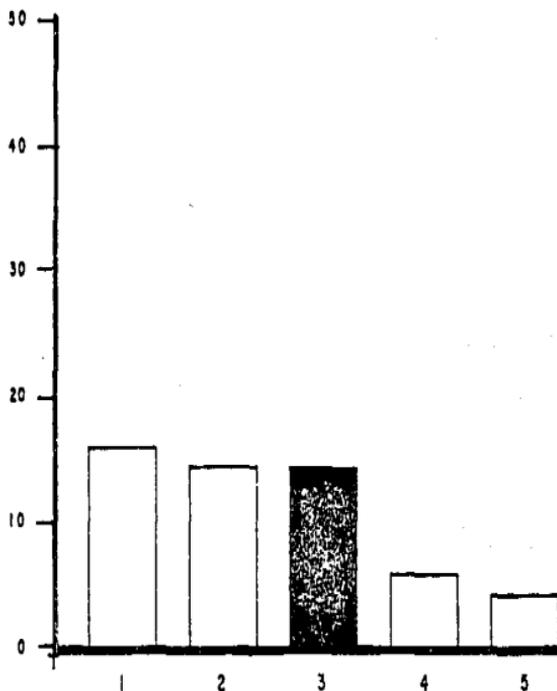
La preocupación porque el paciente entienda las indicaciones se observó en un 62%, mediante explicaciones y preguntas concretas al paciente. El 52% de los médicos se preocupa porque los pacientes cumplan sus indicaciones.

Las relaciones que el médico entabla con sus pacientes son cordiales en 54% de los casos, indiferentes en 42% y en un bajo porcentaje que no debería existir (4%) en forma agresiva.

Entre las funciones más importantes que desarrollan los médicos referidas por ellos mismos tenemos en un 6% los que consideran importante la relación cognoscitiva-afectiva; siendo un 4% los que refieren como más importante la preparación médico-técnica.

En cuanto al trato con sus pacientes, en un 50% es por interés humano, aducen en 22% que el tipo de interés es el económico y personal; el 4% el interés demostrado es de carácter social y un 2% por interés científico. La mayoría de los médicos en general (66%), recibieron durante su preparación cursos sobre Relaciones Humanas.

PRIMERA MEDIDA QUE TOMA EL PACIENTE ANTE SU ENFERMEDAD.



1.. TOMA MEDICINAS QUE YA TENGA

2.. ACUDE A UNA FARMACIA

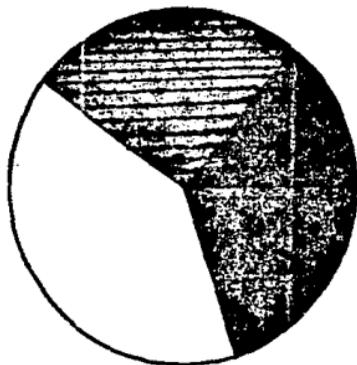
3.. ACUDE CON SU MEDICO FAMILIAR AL IMSS.

4.. TOMA REMEDIOS CASEROS

5.. ACUDE AL IMSS CON SU MEDICO PARTICULAR

FUENTE : CMMI. C.A. 1982.

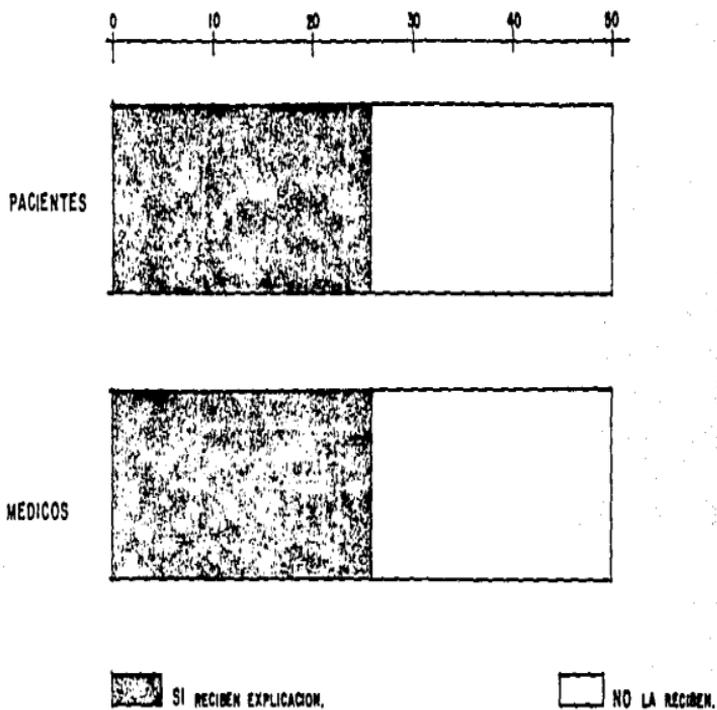
MOMENTO EN QUE ACUDEN LOS PACIENTES CON
SU MED. FAM. AL CURSAR UNA ENFERMEDAD.



- AL INICIO
- CUANDO AUMENTAN LOS SINTOMAS
- CUANDO SE SIENTE YA MUY MAL.
- OTRAS.

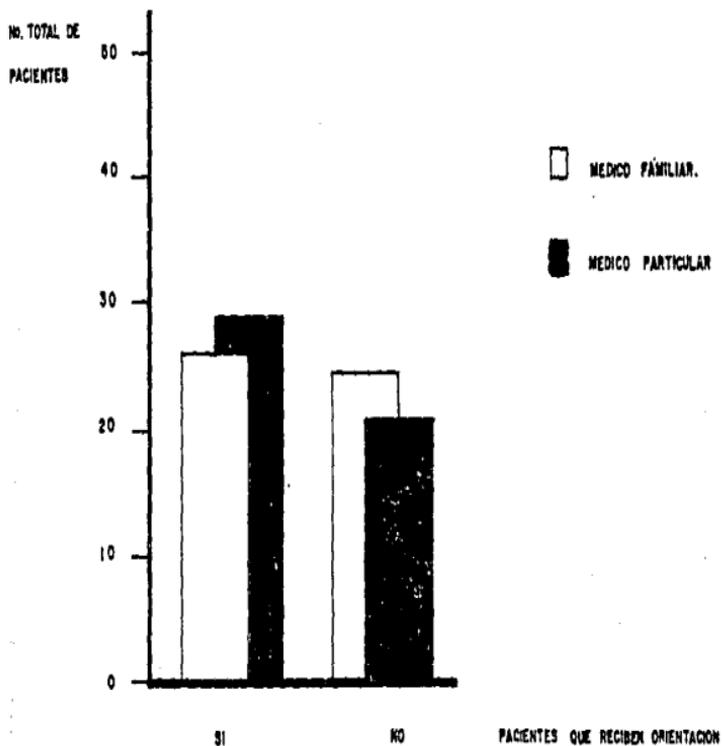
FUENTE: cens. 1a. vez.

COMPARACION DE LA RESPUESTA DEL MEDICO Y EL PACIENTE
EN RELACION A LA EXPLICACION ACERCA DE LA ENFERMEDAD.



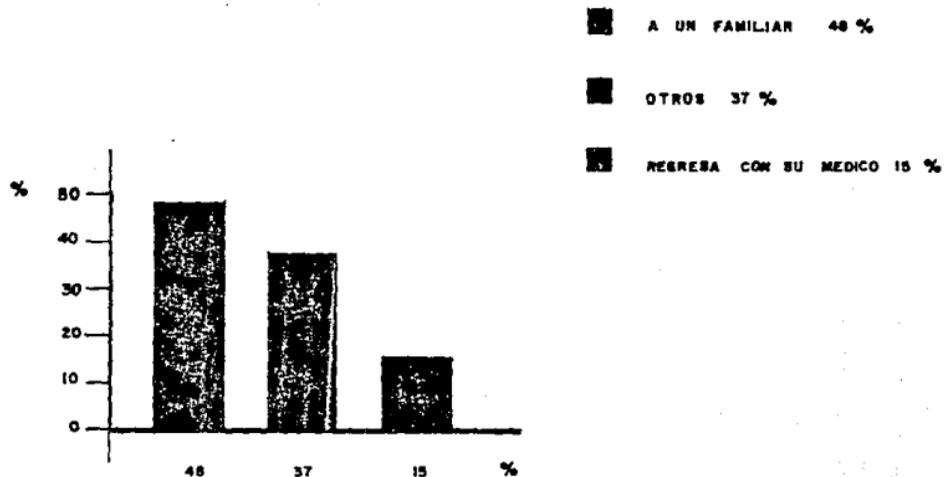
FUENTE: cuestionario a los y médicos.

PACIENTES QUE RECIBEN ORIENTACION DEL MEDICO FAMILIAR
Y PARTICULAR DE LA ENFERMEDAD QUE CURSAN



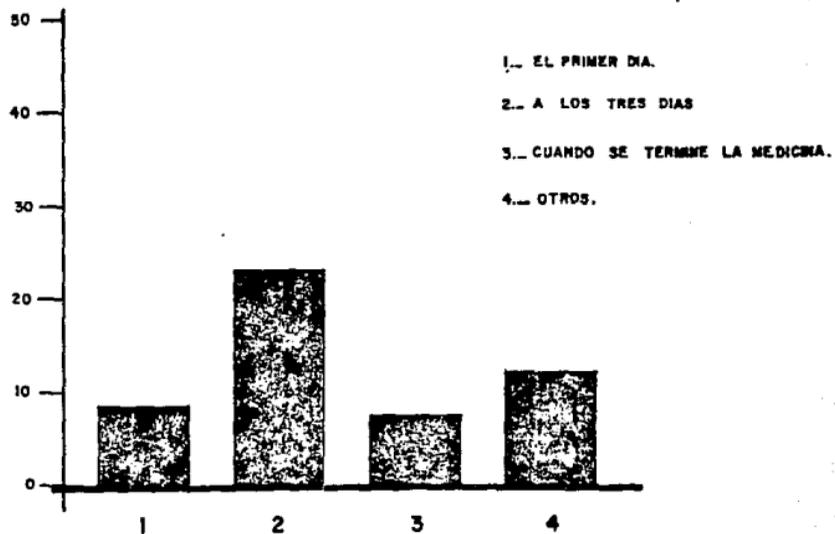
FUENTE: censal. (a. 1982.

PERSONA A LA QUE ACUDEN LOS PACIENTES CUANDO
NO ENTIENDEN LAS INDICACIONES.



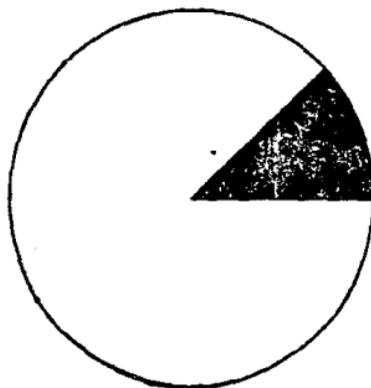
FUENTE: cuant. 1a. vez.

TIEMPO QUE CONSIDERAN LOS PACIENTES SU ALIVIO
AL INICIARSE UN TRATAMIENTO.



FUENTE : conf. 1a vez.

PACIENTES QUE RECIBEN INFORMACION DEL TIEMPO
APROXIMADO DE DURACION DE LA ENFERMEDAD.

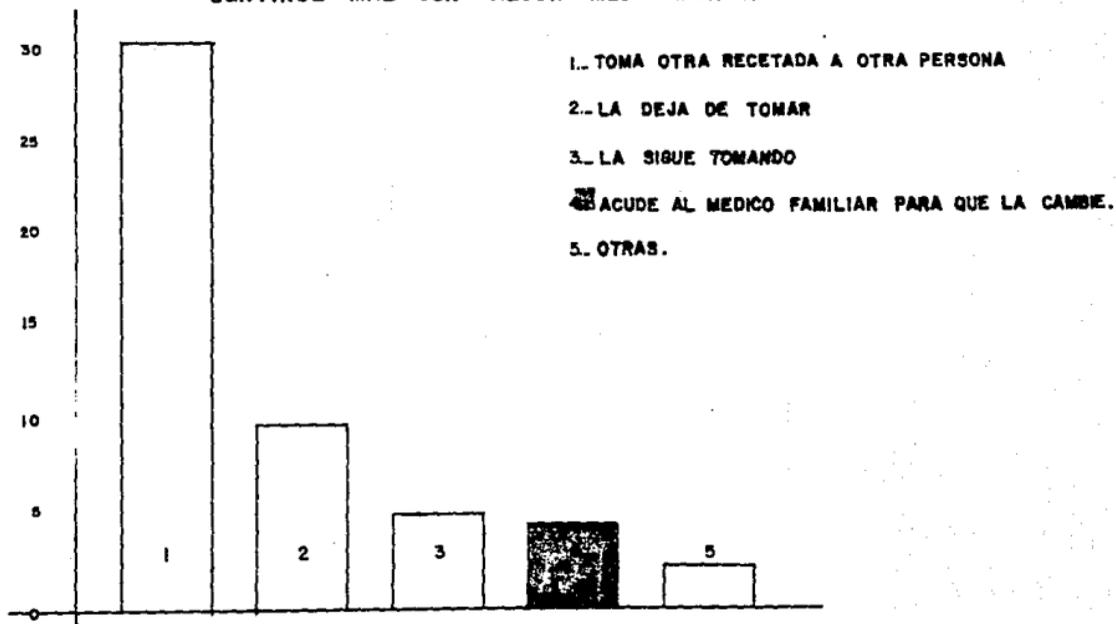


NO RECIBEN INF. 88 %

SI RECIBEN INF. 12 %

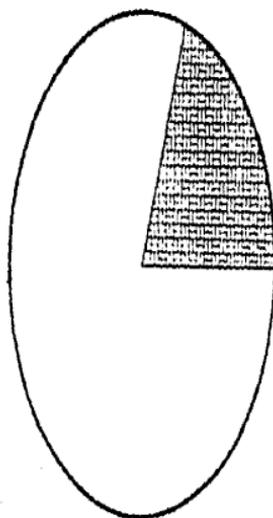
FUENTE: cuast. 1a. vez.

**MEDIDA QUE SIGUEN LOS PACIENTES AL
SENTIRSE MAL CON ALGUN MEDICAMENTO.**



FUENTE: *conf. 1a. vez.*

PACIENTES QUE RECIBEN EXPLICACION POR PARTE
DEL MEDICO DE LOS POSIBLES EFECTOS COLATERALES
DEL MEDICAMENTO.



■ SI RECIBEN INFORMACION

□ NO RECIBEN INFORMACION

FUENTE: coel. 10.702.

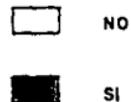
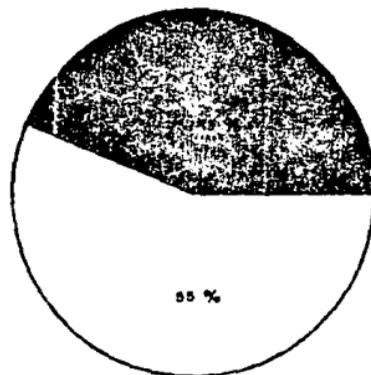
CONDUCTA DEL PACIENTE MEJORADO ANTES DE
TERMINAR EL TRATAMIENTO.



- SE LOS RECETO A OTRA PERSONA CON LOS MISMOS SINTOMAS. (5)
- LO SUSPENDE. (15)
- CONTINUA EL TRATAMIENTO HASTA TERMINARLO. (25)
- LAS GUARDA PARA OTRA OCASION. (25)

FUENTE: cuestionario de entrevista.

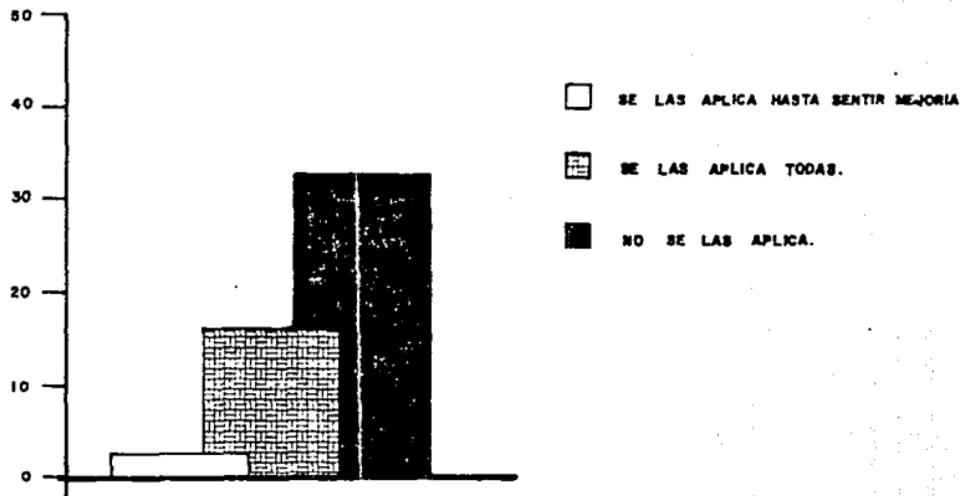
**PACIENTES QUE SE APRENDEN EL NOMBRE DE
LOS MEDICAMENTOS.**



FUENTE: comt. 1a. vez.

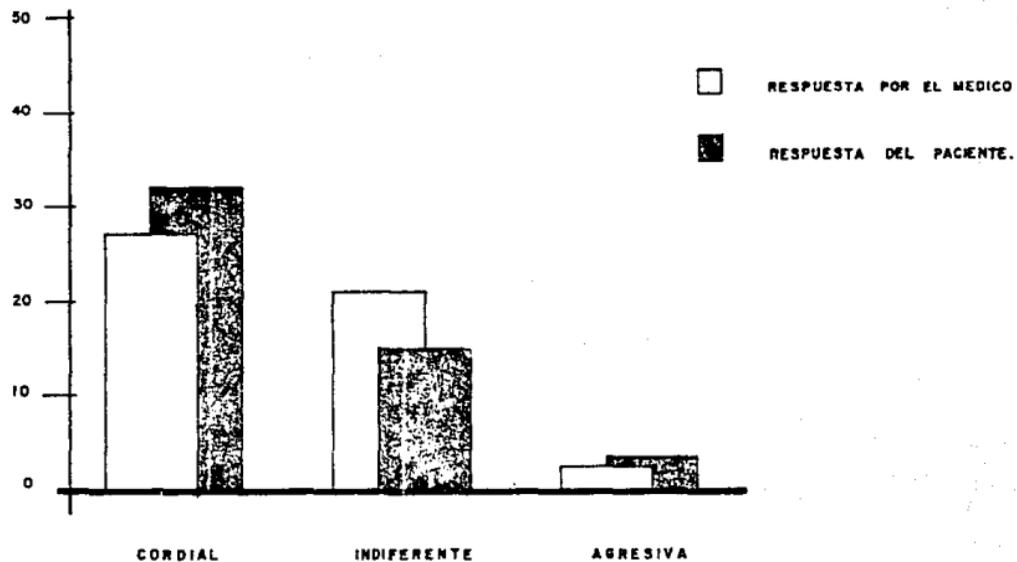
**CONDUCTA ANTE MEDICAMENTOS
POR VIA PARENTERAL.**

PACIENTES



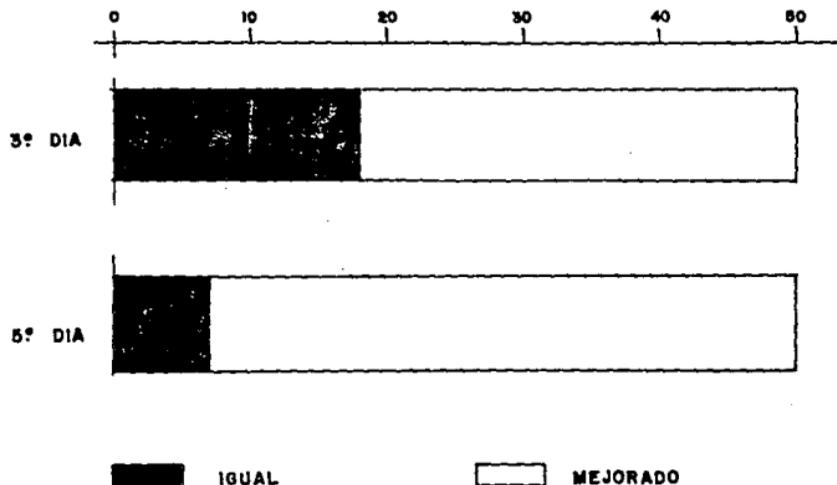
FUENTE: cuat. fe. vz.

RELACIONES HUMANAS MEDICO - PACIENTES



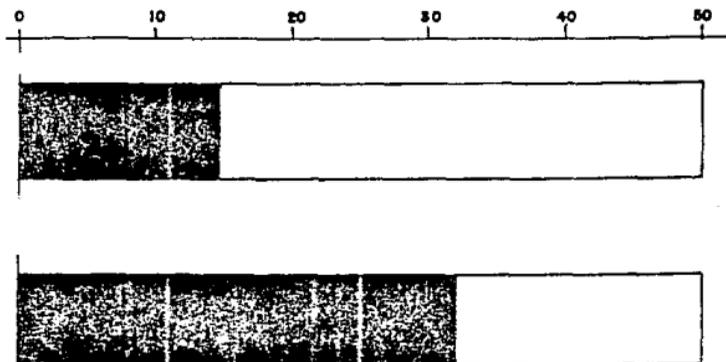
FUENTE: cuant. la vez
cuant. de los médicos.

**EVOLUCION DE LOS PACIENTES AL 3º Y 5º DIA DEL TRATAMIENTO
PARA SU ENFERMEDAD ACTUAL.**



FUENTE: cens. subsecuente 3º y 5º día.

**CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO POR LOS PACIENTES
DETECTADO AL 3° Y 8° DIA DE INDICADO.**



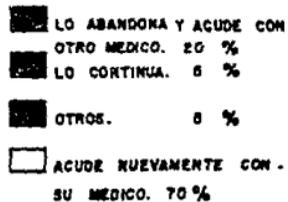
■ SUSPENDIERON EL TRATAMIENTO Y LO CONTINUARON PARCIALMENTE.

□ CONTINUARON COMPLETO EL TRATAMIENTO.

FUENTE: visita subsiguiente 3º y 8º día.

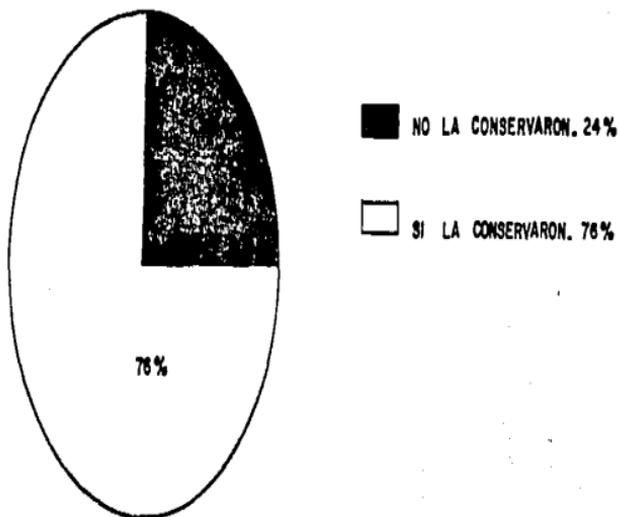
**ESTAS TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONDUCTA DEL PACIENTE CUANDO SE INDICA UN TRATAMIENTO
Y NO NOTA MEJORIA A LOS TRES DIAS.



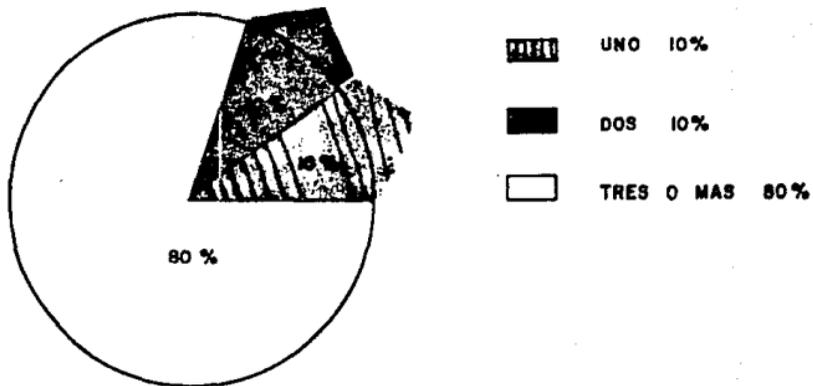
FUENTE: cuant. 1a. vez.

**PACIENTES QUE CONSERVARON SU RECETA
AL TERCER DIA DE TRATAMIENTO.**



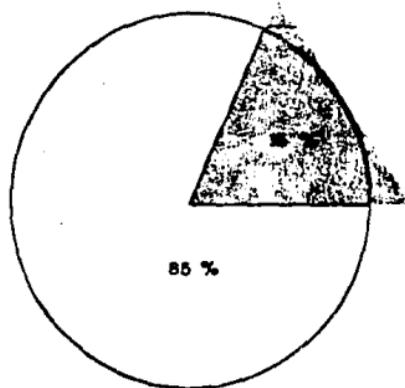
FUENTE: visita subsiguiente 3^{er} día.

NUMERO DE MEDICAMENTOS QUE TOMABAN SIMULTANEAMENTE.



FUENTE : cens. subsec. 3^{er} de.

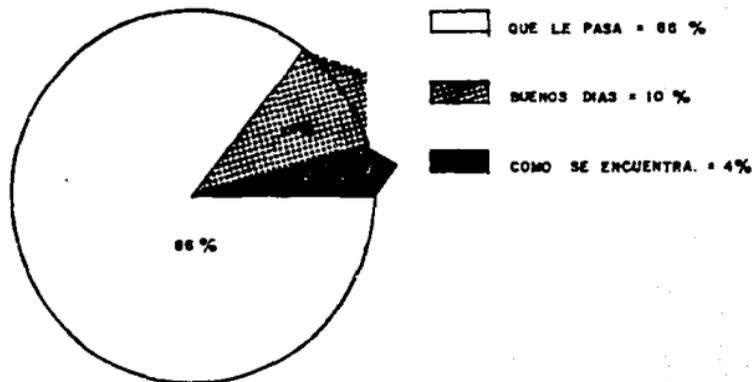
PACIENTES QUE AL INTERROGATORIO SUPIERON
REPETIR LAS INDICACIONES DEL MEDICO.



NO SUPIERON 15 %

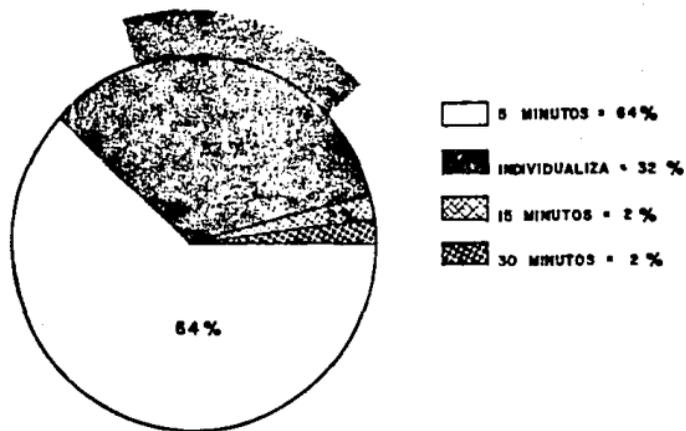
SI SUPIERON 85 %

**PRIMERA CONDUCTA QUE TOMA EL MEDICO AL ENTRAR
EL PACIENTE AL CONSULTORIO.**



FUENTE: cwest. médico

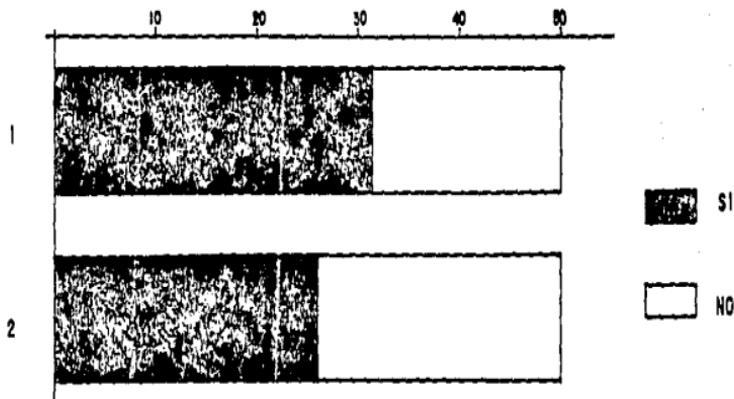
**TIEMPO QUE DEDICAN LOS MEDICOS A SUS
PACIENTES DURANTE LA CONSULTA.**



FUENTE: cest. médico y 1a. consult.

ACTITUD DEL MEDICO AL MOMENTO DE MENCIONAR
LAS INDICACIONES AL PACIENTE.

Nº. DE PACIENTES.



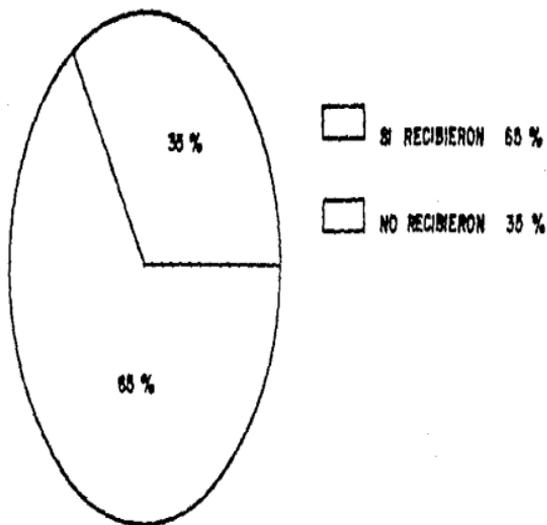
1. MEDICOS QUE SE INTERESAN POR QUE EL PACIENTE ENTIENDA.

2. MEDICOS QUE SE INTERESAN POR QUE EL PACIENTE CUMPLA.

FUENTE: *cuest. de médicos*

observación en consulto.

**MEDICOS QUE RECIBIERON ALGUN CURSO SOBRE RELACIONES
HUMANAS O SOCIALES DURANTE SU ENTRENAMIENTO.**



FUENTE: cont. médicos

CONCLUSIONES

El incumplimiento de las indicaciones médicas es un problema frecuente en la consulta diaria del Médico Familiar.

La investigación realizada aportó datos interesantes de los cuales podemos concluir lo siguiente:

- Es evidente que la confianza del paciente al médico familiar es pobre y en ocasiones no existe ya que se observó que el paciente prefiere consultar a otras personas antes de recurrir a su médico.
- El paciente desconoce en forma parcial o total su enfermedad así como el tratamiento específico tanto en duración como las posibles consecuencias, por lo que es frecuente encontrar que practica la peligrosa automedicación y no obstante esto "receta" a otras personas sin tener ningún conocimiento médico por lo que consecuentemente acude al Médico Familiar en etapa tardía de la enfermedad, presentando complicaciones.
- Antes de continuar debemos mencionar un punto muy interesante detectado a lo largo de nuestra investigación, que es la serie de obstáculos -- existen dentro y fuera del consultorio, que influyen en el establecimiento de una buena rela-

ción pudiendo mencionar:

- La larga espera
- Los trámites burocráticos
- La rigidez del horario.

De tal manera que el paciente entra al consultorio no puede sino manifestar el mismo trato de que ha sido-objeto.

- El nivel sociocultural que le impide al paciente la comprensión de lo que se le explica cuando -- así ocurre, lo que no es frecuente.
- La explicación de la enfermedad, su origen, manejo y duración es somera por parte del médico.
- En muchas ocasiones la prescripción es ilegible.
- Los tratamientos se dan en forma insuficiente para el tiempo requerido

Todo lo anterior -aduce el paciente- "lo orilla a acudir con médico particular, porque recibe mejor trato de él".

- Otro problema frecuente lo constituye la vía de administración, ya que existe el temor hacia la vía parenteral por lo que los pacientes en pocas ocasiones cumplen los tratamientos en forma completa.

A pesar de todo lo anterior en este estudio se demostró que el paciente considera cordial su relación -- con el médico familiar en la mayoría de los casos.

Los médicos en un gran porcentaje tratan de escuchar y ayudar al paciente, pero existe aún una barrera que la constituye el lenguaje y el status.

Debe tomarse en cuenta que a pesar de la crisis de deshumanización por la que atravesamos, el médico considera que su función más importante es una mezcla de su preparación médico-técnica, su relación estrecha con el paciente y el aspecto cognoscitivo. Siendo lo más importante el interés humano para mejorar la relación y la satisfacción mutua.

COMENTARIO Y SUGERENCIAS

De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos observar que el grado de incumplimiento de las indicaciones médicas por parte del paciente son muy altas, sin embargo, se observa que este incumplimiento está en parte dado por la poca o nula orientación que el paciente recibe por parte del médico, tanto de la evolución natural de la enfermedad como de los recursos con que cuenta para modificarla en provecho del paciente; esta falta de información aún es más contraproducente cuando no se da acerca de la Farmacología -- de los medicamentos que se emplean para tales fines; todo esto enmarcado por una relación Médico-Paciente inadecuada.

Por lo tanto consideramos que para superar esta situación se hace imperativo satisfacer esas necesidades mediante:

- Orientación por parte del médico al paciente desde la primera entrevista, no sólo del probable padecimiento que lo lleva al consultorio sino también de tipo médico-higiénico-dietético en general.
- Información acerca de la probable evolución natural de la enfermedad, haciendo hincapié en el tiempo de evolución, posibles síntomas agregados que presenten posterior a la primera consulta --

además de sus complicaciones.

- Transmisión a los pacientes de los medicamentos que se les prescriben mencionando en forma entendible para ellos, el objetivo de la indicación, posibles reacciones indeseables así como dar indicaciones precisas en caso de intolerancia o alguna otra situación que pudiera alarmar al paciente.
- Concientizar al paciente de la importancia de cumplir las indicaciones del médico, las consecuencias de su alteración, ya sea modificando la dosis, el tiempo de tratamiento, o el cambio de medicamentos, enfatizando los peligros de la automedicación..
- Fomentar el mejoramiento no sólo de la relación Médico-Paciente sino con el resto del personal involucrado en la atención del paciente a nivel institucional.
- Reforzar el Programa de la Residencia de Medicina Familiar en temas como Relaciones Humanas, Interpersonales, Relación Médico-Paciente y Dinámica Familiar.
- Programar sesiones en que se traten los temas médicos de mayor frecuencia a nivel de la Consulta de Medicina Familiar enfocándolos desde el punto de vista de la Historia Natural de la Enfermedad, para que tanto el Residente como el

**Médico Familiar estén capacitados para orientar
a sus pacientes.**

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Artes de México. La Medicina Primitiva en México, Año XVII No. 135, 1970 Pag. 5.
- 2.- Aguirre Beltrán G. Medicina y Magia, Instituto -- Nal. Indigenista (SEP) México, 1963 Pag. 17.
- 3.- Leavell H.R. and. Clarck E.G. Preventive Medicine Mc. Graw Hill Book Company, New York, 1965 Pag.14
- 4.- Davis M.S. Physiological, Psychological and Demographic Factors in Patient's compliance with Doctor's orders. Med. Care Vol. 6 pag. 115, 1968.
Bishop, M. y Tudor, J.M. Jr. Influencias Socioculturales e Impacto en la Salud Individual. Medicina Familiar Cohn, H.F. Edit. Interamericana, 1a.- Ed. Español, 1974 pag. 26.
- 5.- Davis, M.S. Variations in Patient's Compliance -- with Doctor's Orders. Analysis of Congruence between survey responses and results of empirical observations. J. Med. Ed. 41: 1037, 1966.
Schmidt J: A Behavioral Approach to Patient Compliance. Rev. Med. de Postg. 65:5 mayo 1979.
Lee P. Tan L.J. Drug Compliance in Outpatients -- with Reumatoid Arthritis, Anst. Nz. J. Med. 9:274 1979 (junio).
- 6.- Maddock R. Patient Cooperation in Taking Medicines. J.A.M.A. 199:137, 1967 (Cleveland Hospital - Ohio) jan.

Caron, H.S. Roth, H.P. Patient' Cooperation with-
a Medical Regimen, Difficulties in identifying --
the noncooperation. J. A.M.A. 203:120, 1968, (Cle-
veland Hospital OHIO) Mar.

Vida Francis, et. al. Caps in Doctor Patient Comu-
nication; Patient's response to Medical Advice. -
New Eng. J. Med. 10:535, 1969 (Los Angeles, Hospi-
tal Cal.) Mar.

7.- Reynold Spector Mc. Grath P. Does Intervention by
a Nurse in Prove Medication Compliance. Arch In--
tern. Med. 138:36 1978 Jan.

Cooper N.A. Lynch M.A. Lost to Follow up a Study-
of Nonatten Dance at a General Pediatric Outpa --
tient Clinic. Arch. Dis. Child 54:765, 1979 Oct.

8.- Askir K. Nankerwis A. Patient Compliance to Anti-
biotic Regimens. Postgraduate Medicine 65:321, ---
1979 Mar.

9.- Charney E. How Well do Patients Take Oral Penici-
lline? Pediatrics 40:188, 1967.

10. Gordis L. Markowitz M. Inaccuracy in Using Inter-
views to Estimate Patient Reliability in Taking -
Medications at Home. Medical Care 2:123, 1969 Jan

11. Rivera C. Midzuaray A. Cumplimiento de las Indica-
ciones Médicas en la Consulta Pediátrica. Bol. of
Sanit. Panam. 4:314, 1972 (Trujillo, Perú) Oct.

12. Myers, Ed. Age Persistence and Improvement in an-

- Open Outpatients Group. Br, J, Psychiatry, 127; 157, 1975 (ag).
13. Golberg C. Implementing University Hospital Ambulatory Care Evaluation Eng J. Med, Educ, 50:435, - 1975 (may).
 14. Kellaway G.S., Mc, Crae E. Noncompliance and Errors of Drug Administration in Patients Discharged from Acute Medical Wards Nz. Med. J. 81:508, - 1975 (Jun).
 15. Rodríguez J.C. La Investigación de Nuevos Sistemas de Atención para la Salud. Rev. Fac. Med. Mex. -- 20:2, 1976 (México).
 16. Navarro R. Rodríguez D. La Relación Médico-Paciente. Rev. Fac. Med. Mex. 19:45, 1976 (Mex).
Sider R. Krawder S. El Médico y los Adolescentes. - Clin. Med. North Am. 839:54, 1977.
 17. Roter D.L. Patient Participation in the Patient-- Provider Interaction. The effects of Patient Question Asking on the Quality of Interaction, Satisfaction and Compliance. Rev. Eng. Health Education. - Mnongr. 5:289, 1977.
Lawren H.A. Blissenbach. Patient Drugself Administration Improves Regimen Compliance, Rev. Pharmacy 52:131, 1978.
 18. Groves J.E. Taking Care of the Hateful Patient. --

New England J. Med. 298:883 1978.

19. Starkman M. Davis Y. Evaluation and Management of the Patient Who Refuses Medical Care. Primare Care 6:451 1979 (jun).
20. Mathews D. Kingson R. Formas de Mejorar el Cumplimiento de las Ordenes Médicas. Med. Clin. Of North Am. 61:879, 1977 (Boston, Massachusetts).
- 4.- Conn F.H. Rakel E.R. Johnson W.T. Estructura y Función de la Familia. Psicodinámica Familiar, Med. - Fam. 1a. Ed. 1, 1974. García M.T. La Relación Médico-Paciente Gaceta Médica de México. 114:25, 1978.