



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**" ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA RELACION
MEDICO - PACIENTE "**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MA. DE LA LUZ ALVAREZ RUIZ**

**DIRECTORA DE TESIS :
PATRICIA DE BUEN RODRIGUEZ**



CIUDAD UNIVERSITARIA,

ABRIL DE 1995

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 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.

In memoriam:

Ma. de la luz Ruíz Paulín

Miguel Alvarez Carvajal

...con amor.

In memoriam

José Luis Ceceña Cervantes

A quien debo los cimientos de este logro

Para Antonio, Mónica y David

...a mis hermanos

Agradecimientos:

El presente trabajo fue realizado con la supervisión académica de la Lic. Patricia de Buen Rodriguez, a quien agradezco su apoyo y dirección.

Agradezco también al Comité Local de Investigación del H.G.Z. No. 26 del I.M.S.S., particularmente a...

Dr. Demetrio Octavio Leyva Grau

Dr. Jorge García Núñez

Dr. Roberto Alarcón Cárdenas

Dr. Javier Guadarrama Mijares

Dr. José Fidencio Postelín Vázquez

Dra. Bertha Alicia Milanés Gonzalez

Dr. Ruben Guerrero Romero

Enf. Alma Guerrero García

Dra. Ma. Guadalupe Ramirez Ortíz

A los médicos de Medicina Familiar

A los pacientes

...quienes colaboraron con este trabajo en Abril y Mayo de 1990

A Miguel Alvarez Ruíz, por su ayuda.

I N D I C E

| | Página |
|---|-----------|
| Introducción | 6 |
| CAPITULO - 1 | 8 |
| PSICOLOGIA Y MEDICINA. UNA PERSPECTIVA HISTORICA | |
| 1.- La Antigua Grecia, La Edad Media y el Renacimiento | |
| 2.- Bases históricas de la Psicodinamia y concepto de Psicología Moderna. | |
| CAPITULO - 2 | 16 |
| CONCEPTO SALUD - ENFERMEDAD | |
| 1.- Salud fisiológica y componentes psicosomáticos de la enfermedad | |
| 2.- Mecanismos psicofisiológicos de la enfermedad | |
| CAPITULO - 3 | 22 |
| RELACION MEDICO-PACIENTE | |
| 1.- Antecedentes | |
| 2.- Modelos explicativos | |
| 3.- Relación Médico-Paciente en el ámbito institucional. | |
| CAPITULO - 4 | 42 |
| EL MEDICO GENERAL Y LA PSICOTERAPIA | |
| 1.- Elementos de la entrevista | |
| 2.- Diagnóstico | |
| 3.- Tratamiento | |
| 4.- Elementos de psicoterapia superficial. | |

| | |
|--|----|
| | 5 |
| CAPITULO - 5 | 54 |
| METODOLOGIA | |
| JUSTIFICACION | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| OBJETIVOS | |
| HIPOTESIS | |
| 1.- Tipo de estudio | |
| 2.- Población y muestreo | |
| 3.- Instrumentos | |
| 4.- Variables | |
| 5.- Tratamiento estadístico | |
| CAPITULO - 6 | 62 |
| RESULTADOS | |
| MEDICOS: Relación interpersonal, Afectividad, Comunicación y Vocación. | |
| PACIENTES: Relación interpersonal, Afectividad, Comunicación y Motivación. | |
| DISCUSION | 74 |
| CAPITULO - 7 | |
| CONCLUSION | 77 |
| CAPITULO - 8 | |
| ANEXOS | 82 |
| CAPITULO - 9 | |
| BILBIOGRAFIA | 89 |
| CAPITULO - 10 | |

INTRODUCCION

La Psicología ha demostrado ser importante en el conocimiento y práctica de toda actividad humana, dando lugar a diversas ramas del conocimiento y sus aplicaciones. En lo relativo al terreno de la Medicina se refleja su influencia en el enfoque psicosomático que enfatiza la relación entre los procesos mentales y fisiológicos. Repercute también en la Psiquiatría que es considerada como una especialidad médica encargada del estudio de la patología de la vida de relación a nivel de la integración del sujeto; y así mismo en la Psicología Médica que pone al alcance del profesional de la salud conocimientos psicológicos aplicables a la medicina.

A lo largo de la historia la Medicina surge como una necesidad natural frente al dolor físico y la enfermedad, dentro de este campo, la Psicología constituye una herramienta útil para hacer del ejercicio de la medicina una disciplina más humana. En este sentido, la observación de los factores psicológicos y en particular los emocionales relacionados con la enfermedad abre el camino a la investigación a fin de valorar la personalidad del enfermo y su forma de comportarse ante la enfermedad, así como la interacción que mantiene con el médico.

La importancia de este trabajo consiste en dar a conocer los aspectos psicológicos de la relación establecida entre el médico y el paciente como una forma de respuesta legítima para proponer al médico técnicas psicológicas que le permitan manejar optimamente la relación con el paciente. En el caso particular de la medicina institucional se ha observado que los Médicos Familiares con frecuencia pasan por alto los aspectos psicológicos que intervienen en dos campos: en la relación con el paciente y, en que ambos manejan la enfermedad.

A lo largo del trabajo se revisan los conceptos generales y antecedentes médicos y psicológicos, poniendo especial énfasis en

sus aplicaciones en el ejercicio de la medicina. Igualmente se abordan los factores psicodinámicos de la enfermedad y sus aplicaciones psicológicas, contemplando los principales aspectos de la relación medico-paciente, particularmente la realizada a nivel institucional. Se analizan algunos elementos tales como la entrevista, el diagnóstico, y el tratamiento, haciendo referencia también a la psicoterapia como una alternativa en la forma de afrontar y resolver los problemas relativos a la enfermedad. Finalmente se señalan los aspectos metodológicos de la investigación de campo, así como el análisis de los resultados, planteando algunas alternativas y sugerencias, tanto de tipo práctico como lineamientos para nuevas investigaciones.

CAPITULO - 1

PSICOLOGIA Y MEDICINA. UNA PERSPECTIVA HISTORICA

Desde los inicios de la historia del hombre es posible detectar cierto nivel de actividad médica. En épocas tribales, el trato que se les daba a los individuos que se comportaban en forma "anormal" del resto del grupo no correspondía específicamente a un "tratamiento" propiamente dicho. Era identificado como incapaz para realizar los trabajos de cacería o recolección de víveres y por ello no tenía derecho a comer o, era aislado del grupo, con lo cual se encontraba expuesto al peligro de los depredadores. Las necesidades en lo relativo a la búsqueda de medidas o formas para curar sus males obligaron a ir desarrollando una serie de recursos y procedimientos que permitieron generar un cúmulo de experiencias curativas y un cierto nivel de medicación que fueron modificándose poco a poco hasta llegar a los niveles en los que se encuentra hoy en día (Lain, 1969).

Los tipos de relación sanadora se desarrollan a partir de la ayuda espontánea que se presta al enfermo siguiendo el instinto de auxilio que de manera natural opera en el hombre.

En su carácter rudimentario y elemental esta ayuda es fundamento de la relación médica, ya que así debió comenzar la asistencia al enfermo (Lain, 1970).

No se precisa cuándo y cómo los hombres comenzaron a emplear maniobras de carácter mágico para resolver problemas vitales. La curación mágica se lleva a cabo, ya sea en relación inmediata con el enfermo, o bien, lejos de él.

Este ceremonial tiene un valor psicológico de incalculable efecto sobre el enfermo y unida a esta práctica existe una rica gama de tratamientos empíricos practicados por los mismos curanderos. Consistentes en repetir, sin reflexión causal una práctica curativa descubierta por azar y que en ocasiones semejantes pareció ser útil y constituye en sí la materia médica (Somolinos, 1981).

En la antigüedad, las civilizaciones de Egipto y Mesopotamia (Milenio II, a.C.), poseían una concepción médica sistematizada; una medicina de inspiración religiosa, impregnada de prácticas mágicas y adivinatorias. El concepto patológico en Mesopotamia era puramente demoníaco. El médico actuaba en este medio psicológico de manera indefinida, su labor estaba encaminada, por un lado a la expulsión del demonio causante de la enfermedad, y por el otro, a la aplicación de remedios terapéuticos.

El ejercicio médico estaba en manos de una casta profesional específica, en algunos casos de carácter sacerdotal que la administraba y monopolizaba (Somolinos, 1981).

La concepción patológica de los egipcios no es estrictamente demoníaca. El núcleo de su ciencia es muy copiosa, trata de temas clínicos y tiene gran interés para haber servido de base inicial al conocimiento y desarrollo de la medicina griega.

1).- La antigua Grecia, la Edad Media y el Renacimiento.-

Uno de los auges en el campo de la medicina que mayor trascendencia tuvo fue el de la cultura griega, donde, gracias a personajes como Hipócrates se hicieron grandes aportes a esta disciplina. Dentro de la mitología se habla del Dios Esculapio y sus hijas, Higía y Panacea. El primero se encargaba de combatir las enfermedades, mientras que a su hija Higía le correspondía hacer toda aquella serie de acciones encaminadas a evitar que se presentara la

enfermedad y, finalmente Panacea era la encargada de curar con drogas y plantas. Los seguidores de Esculapio tratan las enfermedades y procuran restaurar la salud corrigiendo las imperfecciones causadas por accidentes o del nacimiento (Dubos, 1975). En el caso particular de Hipócrates, considerado hoy en día como el padre de la Medicina, sobre su lápida se inscribió la siguiente frase: "Aquí yace Hipócrates, quien obtuvo innumerables victorias sobre las enfermedades con las armas de Higia". Las grandes tendencias de la medicina se han encaminado hacia el fortalecimiento de los principios de Esculapio, así como los de Higia, que corresponden a la Medicina Preventiva o Higiénica; sin descartar que otras tendencias se encaminan a la búsqueda de soluciones casi "milagrosas" como las de Panacea. Lo trascendental y básico para la medicina dentro de esta nueva orientación científica era el concepto de naturaleza. El sentido de una naturaleza del universo y de una naturaleza humana inmutables en el tiempo, pero fundamentalmente relacionadas, donde existe una proporcionalidad de elementos cuyo conjunto da lugar al estado de salud (Somolinos, 1980).

Este cambio de concepción en la medicina propicia una revolución del saber y del actuar médico. Las enfermedades dejan de ser consideradas como hechos aislados del conjunto de alteraciones de la naturaleza propia y de la que rodea.

Para Hipócrates, el organismo concebido unilateralmente estaba, según él, estrechamente relacionado con su ambiente, el médico no podía estudiar cada paciente singular si no había comprendido los datos ambientales que condicionaban el proceso salud-enfermedad. El análisis de la situación social reflejada sobre los efectos, condiciones de trabajo y vida de cada individuo era precisamente esencial (Somolinos, 1980).

En lo relativo a la medicina aplicada a lo que después sería la Psicología, ésta se encargaba del tratamiento de las enfermedades

mentales, donde Platón contribuye en forma importante, manifestando que el equilibrio entre la mente y el cuerpo contribuían a la salud y que los desórdenes mentales podían deberse a trastornos morales e incluso corporales; también incorporó la fantasía como una forma de satisfacción cuando las pasiones eran reprimidas por aspiraciones elevadas. Por su parte Aristóteles, hace una síntesis de los conocimientos de la naturaleza y planteaba que si la mente era inmaterial no podía ser atacada por ninguna enfermedad, negando la causalidad psicológica de las enfermedades mentales. Las tendencias curativas en la medicina en general se bifurcaban, una apegada a los principios de la naturaleza (Higia) y la otra hacia la búsqueda de medidas curativas (Esculapio) (Dubós; 1975) .

En la sociedad medieval, lentamente va desapareciendo la figura del sacerdote médico, la práctica de la medicina se dignifica, ordena y adquiere carácter técnico a partir del siglo XIII y la clase médica va adquiriendo estatuto social (Lain, 1969). La concepción predominante acerca de las enfermedades mentales fueron atribuidas a la posesión del demonio y de espíritus malignos, motivo por el cual, las técnicas o medios de intervención fueron los exorcismos y actos de brujería para sacar los malos espíritus, o incluso, los enfermos eran quemados en la hoguera. Lo importante al respecto es que se distinguían dos tipos de pacientes, los poseídos por el demonio o enfermos mentales y los enfermos del cuerpo. Como consecuencia de ello, el hombre se divide en dos campos irreductibles; el espíritu y el cuerpo (De la Fuente, 1959). De acuerdo a esta clasificación, el estudio de la mente quedó en manos de la iglesia y el médico se limitó a las operaciones corporales, lo que marcó un divorcio entre la Psicología y la Medicina. Ya entrado el siglo XVI fue cuando se logra una vinculación al recurrir a operaciones en el cerebro para encontrar las estructuras dañadas que eran las responsables de las alteraciones mentales. Parecelso (1493-1541) afirmó que las enfermedades mentales podían tener causas psicológicas. Estaba convencido de que la luna ejercía

sobre el cerebro una influencia sobrenatural, surgiendo el término "lunático", para referirse a este tipo de pacientes.

John Meyer (1515-1588) fué uno de los primeros médicos que se dedicaron de manera especial al estudio de los desórdenes mentales; tomaba en cuenta el contenido ideatorio de la enfermedad. En forma gradual, las ideas demonológicas perdieron fuerza y, en consecuencia, los enfermos mentales fueron tratados en asilos especiales. Sin embargo en estos centros el tratamiento era muy deficiente (Zilboorg, 1968).

2.- El concepto de Psicología Moderna. Bases históricas de la Psicodinamia.

El concepto de la Psicología Moderna surge con Descartes (1596-1650). Concedió la primacía al pensamiento y da una interpretación dual de la naturaleza humana: la materia y el espíritu. Consideraba al hombre como una máquina y al proceso de razonamiento como un signo y prueba de existencia. Describió las reacciones reflejas y ciertos estímulos nerviosos (Zilboorg, 1968).

Anton Mesmer (1734-1815) sostenía el concepto de que los planetas influyen sobre los fenómenos fisiológicos y psicológicos; así mismo estableció que el hombre está dotado de un fluido magnético especial, al que denomina magnetismo animal. Esto contribuyó a tener el primer contacto con la influencia de los procesos psicológicos sobre los síntomas de la enfermedad, su técnica perduró, llegando a acuñarse el término "mesmerismo", se demuestra así la influencia del hombre a la sugestión (Schneider, 1974). Braid (1795-1860), se interesó por los factores subjetivos involucrados en el fenómeno del mesmerismo y en que la influencia y efecto del magnetizador se funda en las relaciones inconscientes del sujeto. Se le atribuye el haber introducido los términos relativos al hipnotismo (Zilboorg, 1968). Con las aportaciones de

este autor y las de Liebeault (1823-1904), acontece algo singular en la historia de la medicina, el uso directo de técnicas psicológicas en la práctica de la medicina como el equivalente a otras convencionales existentes para aliviar el sufrimiento (Kolb, 1978).

Durante 1880, surge paulatinamente la terapéutica psicodinámica, que condujo de la observación a la escucha interpretativa de los mensajes del inconsciente. Se manifiesta un gran interés en el estudio de la histeria, mientras que la opinión medica se inclinaba hacia la explicación orgánica, otros, entre ellos Freud, descubrían que no era otra cosa más que una simulación de enfermedad. En 1887, en Paris, Charcot (1825-1893), inició la escuela de la Hipnosis de la Salpêtrière. Afirma ante la Academia Francesa de Ciencias que los fenómenos del hipnotismo son manifestaciones de anormalidad y que el estado hipnótico podía ocurrir sólo en individuos histéricos (Kolb, 1976). Recurre al modelo biológico de la enfermedad y atribuye la histeria a lesiones degenerativas del Sistema Nervioso que eran originadas por la herencia (Martinez, 1979). Sin embargo, Bernheim (1840-1919) se opone a los conceptos de Charcot y sostiene que tales fenómenos sólo aparecían cuando el hipnotista establecía condiciones de sugestión que pasaban inadvertidos por el hipnotizado. Su planteamiento llegó a considerarse como la primera tentativa para la comprensión general de la conducta humana sobre la psicopatología (Zilboorg, 1968). Sus tratamientos se iriginan en métodos psicoterapéuticos, resaltando el hecho de que a la vez que se logra una mejoría en el estado del paciente, éste revela situaciones acerca de su vida que se desconocían y de las cuales no sospechaba (Zilboorg, 1968).

Con las aportaciones de Charcot y Berheim la psicoterapia se convierte en fuente importante de investigación proporcionando avances significativos a la Psicología. Siendo Heinorth (1773-1843) probablemente el primero que buscó un concepto unitario de la personalidad, considerando el contenido ideatorio del enfermo

mental como un proceso psicológico y no como una aberración. A principios del siglo XIX, los problemas medico-psicológicos son abordados desde una perspectiva más amplia que lo meramente físico, originándose el interés por el estudio del estado subjetivo del enfermo mental en cuanto a sus emociones y pensamientos, surgiendo de ahí los primeros trabajos de Freud y Janet (1859-1942), fundadores de las técnicas modernas de psicoterapia, vigentes hoy en día. Gross, era un psiquiatra moderno, que consideró la vida psicológica como un continuo biológico activo. Advertía que no debe concentrarse la atención sólo en lo aparente ya que la enfermedad mental es una reacción u obstáculo psicológico, físico o somático. En el caso específico de Janet, fue un autor que profundizó con precisión el contenido de la histeria mediante datos psicológicos, incorpora los factores inconscientes, impulsa el desarrollo de la psicodinamia. Su propuesta psicoterapéutica se caracterizaba por ser ambiental y persuasiva. Por su parte Freud (1856-1939), enfoca su atención a la psiconeurosis como un seguimiento de los estudios realizados con Charcot en París, emplea el hipnotismo. Percibe la posibilidad de la existencia de "mecanismos de la mente" que permanecen ocultos en la conciencia. En Viena se asocia a Breuer, quien introduce la técnica de dejar al paciente que hablara libremente para que recordara viejas ideas, impulsos y experiencias, que en otras condiciones hubiera reprimido. La hipnosis era usada sólo para permitirle al paciente que al hablar espontáneamente descargara emociones relacionadas con los recuerdos que relataba durante su estado hipnótico. Conforme exteriorizaba y mostraba sus dificultades emocionales, los síntomas desaparecían. Procedimiento al que Breuer llamó "método catártico", donde se descubre el inconsciente. Cuando Freud continúa solo, señala que no es necesario hipnotizar al paciente y en su caso prefirió que el paciente hablara libremente y al azar, lo cual resultó de mayor eficacia, método al que denominó "asociación libre". A partir de sus cuidadosas observaciones clínicas construyó todo un sistema en la Psicología, denominado "Psicoanálisis", cuyo principal objetivo era reconocer los conflictos motivadores que determinan la conducta

normal o patológica. La finalidad consistía en demostrar al paciente la presencia perturbadora de reminiscencias del pasado, en sus sentimientos y reacciones actuales, surgiendo una forma particular de resistencia manifestada al hablar sólo del presente. El análisis tiene la misión de enfrentar al "yo razonable" del paciente con las emociones irracionales que actúan en su personalidad. Las resistencias son actitudes que el paciente ha ido creando previamente con el fin de mantener sus represiones; ante lo cual, es necesario destruir tales actitudes para levantar dichas represiones. Es por ello que en el transcurso del tratamiento exterioriza ansiedad o alegría como aumento de la tensión interna, De ahí que, cuando el paciente interpreta el presente en términos del pasado, sin reconocer la naturaleza de sus actos tiende a vivirlo nuevamente, transfiere al presente actitudes del pasado. Este tipo de relación establecida entre el médico y el paciente en cuanto a efectos de aversión y afectos Freud la denominó "transferencia". El análisis de la relación transferencial y la resistencia del paciente, fueron para Freud, los elementos esenciales que dieron fundamento a su terapéutica psicoanalítica, donde la interpretación de la transferencia, constituye el instrumento analítico más importante y decisivo (Kolb, 1976).

C A P I T U L O - 2

CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD

La Organización Mundial de la Salud (1978), define el concepto de salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social del individuo y no solamente la ausencia de enfermedad. En lo relativo a la salud psicológica, Freud (1933), decía que una persona sana es aquella que tiene la capacidad para trabajar y amar; poniendo de relieve la potencialidad física y emocional en cuanto al manejo y control de su persona. La salud analizada en un continuo, donde en el otro extremo se encuentra la enfermedad ha sido motivo de múltiples controversias, debido a que es difícil identificar cuando comienza una y termina la otra (Jeammet, 1982). Los parámetros de análisis, biológico, psicológico y social más que separar la perspectiva y ámbito de involucramiento implican una interacción y el planteamiento de que el hombre debe ser abordado desde un plano laboral, considerando así mismo su situación personal y ambiental.

A partir de esta definición surgen aplicaciones a determinadas áreas de estudio, con lo cual se habla por ejemplo de una salud aplicada al contexto familiar, laboral, sexual, psicológica, etc. lo que no significa que, en cualquiera de sus acepciones se desvincule del término específico.

A lo largo de la historia, el concepto de la salud se ha remitido en forma exclusiva a la medicina, sin que ello signifique que sea la disciplina exclusiva sobre la que recae la responsabilidad para su mantenimiento o la acción de fortalecerla. Ha existido una gran

variedad de enfoques y tendencias para ubicar la salud en un contexto multidisciplinario. Tiene que ver más con factores sociales, como la adquisición de recursos y el manejo de las condiciones necesarias para garantizar la subsistencia; así como la capacidad del individuo para controlar las circunstancias de su medio (Dubós, 1975).

Ahora bien, en la evolución de la salud a la enfermedad se perciben estados en los que no es posible percibir un cambio aparente, que es donde radica el problema desde el punto de vista de la entidad nosológica y se agrava cuando tampoco se identifican fácilmente estrategias de prevención (Jeammet, 1982). En esta tarea surgen diferentes tendencias de abordaje, desde aquellas que consideran que el individuo por sí mismo es el responsable del acopio de recursos necesarios para el mantenimiento y preservación de su salud, hasta otras que le atribuyen una responsabilidad a las circunstancias sociales, tales como las instituciones y la seguridad social bajo las cuales se desenvuelve el individuo partiendo de la premisa de que, cuando éstas son idóneas se pueden garantizar adecuados niveles de bienestar. En el primer sentido se encuentran algunos autores, tales como Jeammet (1982), que plantea: "la salud de un individuo se encuentra ligada a las ideas que él se formula al respecto y que se hallan en función de sus rasgos culturales, de la representación y funcionamiento que haga de su cuerpo. De ahí que, si la salud es un valor subjetivo, éste es un reflejo directo de los ideales y la imagen que el individuo hace de sí mismo, estos factores se encuentran ligados a la historia del individuo y a todo lo que lo rodea.

Concepto de salud fisiológica.-

La salud y la enfermedad, son dos grados extremos en la variación biológica, resultantes del éxito o fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones del medio.

La noción de salud es reflejo de las capacidades orgánicas de tolerancia, compensación y poder de adaptación. Mientras que al pasar a un estado patológico es la expresión de un desequilibrio, descompensación e intolerancia ante los agentes agresores externos (San Martín, 1981).

En la medicina contemporánea el concepto de salud se emplea comúnmente como sinónimo de "normalidad". Desde el punto de vista biológico, lo normal corresponde a las exigencias y necesidades de la fisiología en el contexto de la ecología o equilibrio entre el organismo y su ambiente. El paso de la salud a la enfermedad comienza con un período silencioso de incubación aplicable en todo tipo de enfermedad. Este proceso se desarrolla en etapas que van desde el concepto común que se tiene de la salud hasta el grado máximo de enfermedad que culmina con la muerte. En el período prepatogénico el individuo se encuentra aparentemente sano, pero desarrolla en su organismo una variación del estado de salud debida a, o como producto de la desadaptación. En el proceso intermedio se manifiesta una lucha abierta entre los gérmenes patógenos y la acción defensiva del organismo, y en la etapa final, la desadaptación provoca una reacción intensa del organismo donde el proceso patológico interfiere en la función y actividad normal del organismo, llevándolo a un estado patológico específico (San Martín, 1981).

Toda enfermedad presenta en su génesis, en cierta medida, elementos de tipo somático y psíquico, lo que constituye desde ese momento un acontecimiento psicósomático simultáneo. Entre el cuerpo y la "psique" no existe una conexión directa causa-efecto, sino que se constituyen bajo una unidad indisoluble, son dos aspectos diferentes de una misma entidad: el organismo humano; que es inseparable a las causas de las enfermedades tanto en su etiología como en su forma de presentación, evolución y forma de reaccionar ante el tratamiento (Iribarren, 1983).

Desde la perspectiva psicológica (de la Fuente, 1957), en las enfermedades y disfunciones de los órganos y sistemas, se dice que, la mente tiene una importancia tal que llega a alterar los mecanismos funcionales del órgano dañado, de la misma forma en la que lo hacen las toxinas, drogas u otros agentes. El criterio psicogénico permite apreciar que un síntoma, bajo circunstancias determinadas se identifique como una expresión simbólica de un conflicto mental, o simplemente como la respuesta del organismo a ciertos estímulos emocionales persistentes o recurrentes. El concepto de psicogénesis se refiere al hecho real de que los conflictos mentales se originan en la relación de convivencia con otros individuos. Motivo por el cual resulta necesario que el individuo deba participar en forma directa en la comprensión de las causas de todo aquello que altera su salud individual y socio-familiar. De tal manera que, la concepción de estar enfermo significa, en mayor o menor medida, estar en situación de debilidad o desequilibrio ante un agente que atenta contra un estado determinado de salud. Mientras que la enfermedad, representa la limitación de las posibilidades físicas, sufrimiento y daño corporal, deterioro de la integridad del sujeto y una molestia en el ejercicio normal de su vida (Jeammet, 1982).

Una contribución importante de la Psicología al campo de la Medicina es el descubrimiento de Freud (1933) sobre los impulsos, tendencias y efectos que pueden ser expulsados de la conciencia, permaneciendo a nivel inconsciente y que llegan a ejercer una poderosa influencia en la conducta del individuo. Su teoría postulaba que la represión actúa como un mecanismo que protege al individuo, eliminando de la conciencia la presencia de impulsos y tendencias que de otra forma afectarían su equilibrio mental. Proceso en el cual juegan un papel preponderante los mecanismos de defensa del "yo". Estos mecanismos tienen un doble fin: luchar contra la angustia que desencadenó la amenaza ligada a la enfermedad y establecer un nuevo modo de relación del hombre en estado enfermo consigo mismo y con su mundo exterior. Este doble

fin debe ser considerado para establecer una línea determinanda de tratamiento.

En la antigüedad, Hipócrates aplicaba su criterio racional para el estudio de las enfermedades en busca de leyes que pudieran rejir las reacciones del organismo frente a las fuerzas de la naturaleza, se experimentan los hechos y se anotan los resultados, estudiándose éstos tanto en estado normal como patológico. La base de sus conocimientos reside en la observación directa del enfermo y búsqueda de una relación entre el origen, el pronóstico y el curso de la enfermedad. Con él se aborda por primera vez la antigua concepción localista de la enfermedad referida a un órgano, como condición para aceptar la enfermedad general de todo el organismo (Semolinos, 1980). El organismo era concebido unitariamente y relacionado estrechamente con su ambiente, donde el médico no podía estudiar cada paciente en forma singular si no había comprendido los datos ambientales que condicionaban el proceso salud-enfermedad. El análisis de esta situación social reflejada sobre los efectos, condiciones de trabajo y estilo de vida de cada individuo hacía de esta tarea algo esencial.

Sin embargo, hablar del concepto de la salud y la enfermedad desde la perspectiva social conlleva una serie de implicaciones que involucran a muchas disciplinas, además de las relativas a las ciencias biológicas. Para analizar las condiciones bajo las cuales un individuo debe sobrevivir hoy en día, implica abodar elementos de naturaleza más social que biológica o incluso psicológica. Por ejemplo, remitiéndose a la definición de la Organización Mundial de la Salud, para cumplir esa encomienda se requiere de que todo individuo tenga acceso a una serie de condiciones sociales que muchas veces los gobiernos y sociedades no se encuentran en posibilidades de ofrecer para garantizar los mínimos de subsistencia. Por otro lado, es necesario tomar en consideración algunos parámetros bajo los cuales se circunscribe la salud. Por ejemplo, el derecho a un trabajo digno y bien remunerado, a la

seguridad, el acceso al tiempo libre el fomento de la cultura, la práctica deportiva, etc. Con lo que se ponen en evidencia componentes que son determinantes de salud y que muchas veces son excluidos de ella.

En lo relativo a la medicina institucional, se crean los centros clínicos y hospitalarios en los que se pretende restaurar el nivel de salud del individuo para reincorporarlo a la sociedad y restablecer el equilibrio perdido entre su entidad como persona y las circunstancias adversas del medio. Con lo cual se crea toda una cultura alrededor de la medicina, llevándola incluso a la categoría de mantener todo un monopolio en los sistemas de curación; perdiendo los principios básicos que le dieron origen, como un organismo público, al cual podían acudir personas de bajo recursos y, donde los médicos y otros profesionales realizaban su trabajo en forma voluntaria. La palabra hospital surge de dar hospitalidad a quien no tenía dónde albergarse o dónde curarse, y además, donde los médicos trabajaban en forma gratuita después de su jornada (Dubos, 1975). Hoy en día estos nosocomios mantienen un nivel de infraestructura que les permite situarse como verdaderas instituciones creadas y auspiciadas por el estado.

C A P I T U L O - 3

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

1.- Antecedentes.-

Desde épocas antiguas, la relación entre el médico y el paciente ha tenido una importancia fundamental, tanto para efectos de identificación de la enfermedad, como para el establecimiento de un diagnóstico y pronóstico confiable. Con el paso del tiempo, dicha relación ha sido poco estudiada, por constituir un medio útil en los siguientes aspectos: a).- la investigación de datos que permitan establecer un diagnóstico apropiado sobre la problemática de la patología tanto orgánica como psicológica; y, b).- Para convertirse en la fuente de consulta, apoyo y curación que el paciente necesita en un momento preciso en que su salud se ve deteriorada. Cuando la medicina se encontraba lejos de ser considerada como ciencia, podía observarse la relación establecida entre el enfermo y el responsabilizado por un imperativo social de restablecer su salud, ya fuera éste un brujo, sacerdote, etc. La relación médico-paciente era ya entonces un formidable agente terapéutico utilizado con todo el empirismo y ausencia de conocimiento científico que es posible imaginar en los hombres de tan remota época. En esta singular relación se le concedía al "médico", no sin razón, el papel decisivo, debía poseer una suma de cualidades personales y actuar acorde a un conjunto de principios con el fin de hacer más efectiva su labor. Antes que todo, el médico debía dar cierta impresión de que su persona estimula al paciente (Margalith, 1957; Weinberg, 1964 y Fiessinger, 1970).

2.- Modelos explicativos.-

Los modelos de análisis desde los cuales se estudia la relación entre el médico y el paciente son variados y a veces controvertidos, ya que toman en consideración aspectos innerentes a la interacción de dos personajes, donde se dan lugar una serie de confrontaciones que van más allá del encuentro entre dos personas. Bajo una perspectiva humanista se caracteriza como una relación estrecha con el paciente que permite al médico conocerlo a fondo (Lain, 1970).

En la concepción de Menendez (1985), se plantea que en ese encuentro se personifican simbolismos estereotipados de la jerarquía profesional y el paciente que acude por ayuda se le confiere un papel pasivo.

En el modelo de la medicina institucional (Rivero, 1979), la acción individual de la relación es limitada, el médico representa al sector de poder y el consultante personifica la representación de una enfermedad y la posibilidad de confrontación profesional con base en los recursos de una infraestructura gubernamental y administrativa.

Es por ello frecuente encontrar opiniones y puntos de vista diversos acerca de la concepción de esta relación. Es así como algunos autores (Martinez, 1973), la definen como el contacto único o variado, regular o entrecortado, que realizan, el médico en tanto terapeuta y el sujeto enfermo en tanto padece una afección, con el objeto común de la remisión terapéutica de la enfermedad. Al respecto, es necesario conocer en esta relación los intercambios que se producen durante el encuentro. Para Schneider (1974), la relación médico paciente dependerá de los siguientes planteamientos:

- Del enfermo, su estructura psicológica y la afección que sufre.
- Del médico, su estructura psicológica y el objetivo que desea alcanzar con el tratamiento, y
- De la situación dada.

Al paciente, la enfermedad lo afecta tanto en el plano físico como psicológico, los síntomas representan un ataque a la personalidad y el médico puede apreciar las consecuencias de la enfermedad sobre el equilibrio psicológico y tratar de restablecerlo, requisito indispensable para la lucha contra la enfermedad. Esta actividad sólo se produce en el marco de una relación (Schneider, 1974).

Identificar al médico como un profesional y no sólo como un trabajador, permite desde su concepción otorgarle una visión integradora y global de quien posee el conocimiento y la técnica, para curar. Sobre él recae toda una carga social que se ha desenvuelto a lo largo de la evolución de la humanidad como una respuesta a las necesidades del ser humano por aliviar su dolor, restablecer, conservar y promover su salud (Uribe, 1982). Otros autores tales como Jinich (1986), enaltecen el quehacer de este profesional manifestando que, al encarar al hombre enfermo en su contexto psicosocial se considera enfrentado a toda una unidad que es la personalidad humana que reúne en su totalidad lo somático y lo psíquico. Es capaz de transmitir al paciente las reglas y formas para modificar y organizar algo más que su salud, la dinámica de su vida. Para el médico como hombre de ciencia, el enfermo es un problema biológico, terapéuticamente sirve a un paciente, en lo social a una familia; en lo moral, tiene ante sí a un semejante, su papel es polifacético. Ahora bien, en lo relativo exclusivamente a la relación con el paciente, en este encuentro se dan principios tales como el establecimiento de una relación funcional entre él como profesional de la salud y una persona que acude a él en busca de ayuda para resolver un problema patológico, por lo general de

carácter orgánico, bajo un enfoque que permita el manejo psicológico, propiciando la posibilidad de vencer la resistencia del paciente y reconocer los conflictos que determinan la conducta, condición esencial para garantizar la efectividad de la terapéutica empleada, que ha de tener efectos positivos en la salud del paciente.

En la práctica cotidiana de la consulta a un médico, y sobre todo, cuando ésta es de tipo institucional, es frecuente que los pacientes acudan en busca de ayuda y apoyo emocional. Muchas de estas consultas no se fundamentan en causas específicas cuya base sea una patología orgánica, sino que, el paciente solicita la atención médica por una serie de conflictos emocionales que afectan su condición individual o su relación con las demás personas. Se puede apreciar que, en esta relación el médico brinda los elementos necesarios para identificar y manejar problemas de naturaleza psicológica, con las ventajas de que pueda apreciar y tomar en cuenta los eventos de la vida a fin de asegurar la participación activa de los enfermos en la acción curativa ejerciendo una influencia psicoterapéutica efectiva (de la Fuente, 1985).

Así mismo, tratar a cada enfermo como un sujeto único y poder abordarlo en forma íntima y directa para comprenderlo mejor, fomenta la valoración integral, cualquiera que sea la afectación, consideraciones técnicas y la etiología de la enfermedad, lo cual toma forma y desemboca en la práctica centrada en una persona enferma, y en sus reacciones ante la enfermedad.

Como consecuencia, esta relación permite la formación psicológica y la adquisición, por parte del médico, de los conocimientos, conceptos y criterios que tienen relevancia para su trabajo.

Desde el punto de vista estructural, la relación médico-paciente se constituye de varios factores psicológicos que deben ser identificados por el médico en cada una de las prácticas y cada

paciente. Manejarlos en forma adecuada, de tal forma que pueda enfocar sus esfuerzos en forma acertada, humana y profesional para ayudar al paciente en su lucha contra la enfermedad. Para comprender lo anterior deben tomarse en cuenta los siguientes elementos que caracterizan la estructura de esta relación.

a).- La relación médica y las relaciones interpersonales.-

De forma general, la relación entre dos personas puede adoptar diversas modalidades; desde el abrazo amistoso y la conversación efusiva, hasta la mutua agresión, sin soslayar la simple mirada desdeñosa e indiferente. Sin embargo, puede decirse que hay dos formas centrales de relación interhumana: una de tipo objetivo y otra de auténtica relación interpersonal. En la primera, alguno de los dos sujetos intenta convertir al otro en en puro objeto, en forma intencional, el otro queda reducido a ser cosa, carente de libertad personal y de fines propios.

En la relación interpersonal, un sujeto trata al otro conforme a lo que él es en sí mismo, considerándose y tratándose como personas. Es cuando los dos se consideran como seres a cuya realidad individual pertenecen en la vida, la intimidad, la inteligencia y la capacidad de apropiación (Lain, 1983).

Anteriormente, el enfermo era para el médico objeto de contemplación cognoscitiva y manipulación terapéutica. Existe un consenso de que convertir programáticamente al enfermo en puro objeto es mutilar y degradar la plenitud de la condición humana. En consecuencia, puesto que el paciente es un ser humano, la relación entre él y el médico debe ser interpersonal.

La comprensión del paciente como persona es el fin de la relación de carácter interpersonal que el médico debe

establecer con su paciente durante la consulta. La comprensión y el conocimiento científico aunados hacen de toda acción y decisión médica un acto orientado a ayudar médicamente a una persona que vive un problema de salud (Martinez, 1979).

b).- Los motivos determinantes de la relación médica.-

Los motivos del enfermo pueden obedecer a diversas razones, un auténtico deseo de recobrar la salud, de conocer su padecimiento y la influencia de variados aspectos anímicos, tales como la confianza y la voluntad, aunque en la mayoría de los casos la relación médica se establece porque el sujeto se ha sentido enfermo y ha decidido solicitar asistencia técnica. En otras ocasiones sólo la búsqueda de un diagnóstico y estado de salud, sin algún padecimiento morboso aparente, guía al paciente a tener un encuentro con el médico (Lain, 1983).

Para el enfermo, la enfermedad que le aqueja, es "su" enfermedad, la vivirá y reaccionará a ella con toda su personalidad. Puede actuar en el desencadenamiento patogénico de la misma y esto proporcionarle una ganancia primaria o secundaria.

Los beneficios secundarios, que son más evidentes y reconocidos por todos, resultan de las consecuencias de la enfermedad sin intervenir en su génesis directamente. Algunos son conscientes y conocidos por el mismo enfermo, ya que por medio de su enfermedad maneja situaciones conflictivas. Hay que tener presente que el beneficio secundario consciente, puede aparecer como motivación o causa de la prolongación de ciertas enfermedades. Funciona como una pantalla que cubre beneficios o deseos más profundos. Estos beneficios son la compensación social de la enfermedad y están

institucionalizados, admitidos a condición de que el enfermo adopte su estatus de enfermo.

Otros beneficios secundarios son incoscientes, tales como: apartarse de las relaciones frustrantes en situaciones de exigencias excesivas, ser introvertido y retirarse del contorno, ser reconocido como enfermo en su medio social, tener un estatus particular y estar protegido. La dependencia, la pasividad y el sometimiento son beneficios muy importantes en la economía del enfermo.

Los beneficios primarios desempeñan una función en el inicio de la enfermedad como factor favorecedor, ya que aportan una salida y cierta solución a una situación de tensión interna insoportable. La enfermedad consiste entonces en la búsqueda, a menudo desafortunada, de un nuevo equilibrio (Jeammet, 1982).

En otras ocasiones, sucede que para el paciente, el refugio no es la enfermedad sino el médico; lo cual se considera normal, hasta cierto punto. Aunque hay casos en que el paciente convencido de la incurabilidad de su afección no busque en el médico la salud sino la compañía.

También acude al médico el "enfermo" con padecimientos imaginarios, tal es el caso de los hipocondríacos. Es donde la relación entre el médico y el paciente resulta idónea para restablecer el equilibrio de estos pacientes.

Motivos del médico.- Al médico lo mueve una genuina vocación médica. Sus objetivos son los siguientes: a) obtener información sobre el problema de salud motivo de la consulta, sobre la persona que lo vive, sobre su medio familiar y social; b) comprender al paciente; c) proporcionar la información pertinente sobre su problema, y; d) motivar al

paciente para que participe en forma positiva en la mejor solución a su problema. En el modo de ser médico hay que distinguir varios motivos esenciales: la vocación, la formación y la profesión. En la vocación médica se integran dos instancias: una inclinación del ánimo, espontánea en algunos casos, suscitada en otros a la ayuda del menesteroso, y por ende del enfermo; y una afición a vencer cognoscitiva y operativamente las dificultades y los problemas que presenta e impone la naturaleza.

La formación por su parte, debe hallarse orientada por la enseñanza técnica y por la vocación. La primera pide competencia y método, la segunda el ejemplo.

Conjunatamente con la vocación y la formación, entra en juego el terreno de los motivos esenciales del ejercicio médico: la profesión, es decir, el modo cómo el médico entiende y practica socialmente la medicina. Algunos médicos centran su interés en el conocimiento científico de la naturaleza; son escrupulosos por lograr un diagnóstico objetivo y riguroso, limitándose a tratar al paciente con métodos científicamente comprobados. En tal caso, el enfermo funciona como un objeto de conocimiento racional. Como ha podido constatarse, los motivos determinantes, tanto para el paciente como para el médico, son complementarios y es en la interacción del curso de la consulta donde afloran a la superficie.

c).- La comunicación entre el médico y el enfermo.-

La comunicación médico-paciente es bidireccional y se puede romper por una o ambas partes. Cuando es exitosa resulta inapreciable, de aquí que su ruptura sea trágica. En el encuentro entre uno y otro surge una relación inmediata, se miran, se hablan y se escuchan. Cuando el enfermo confía en el

médico suele acercarse a él con una mirada que requiere ayuda. Aunque en ocasiones, puede ser exigente objetivante y retadora. La mirada del médico por su parte suele expresar tres intenciones principales, a saber: la primera intención envolvente que procura un espacio de refugio a la existencia del paciente; La segunda, es inquisitiva, dirigida tanto al conjunto como a los detalles del cuerpo y a la actitud e intenciones del paciente. La tercera, se da cuando el médico encuentra lo que busca o bien, cuando halla algo que no buscaba. Este hallazgo aparece objetivamente ante él (Lain, 1970).

La experiencia clínica demuestra que la relación médico-paciente se obtiene en una atmósfera distinguida, donde se deja hablar libremente al paciente y se le permite expresar en sus palabras, con su orden y desde su punto de vista, sus manifestaciones físicas y psíquicas, a lo que el médico va poniendo atención sin ofrecer valoración (Schuffel, 1976).

La conversación con el paciente está avalada por la práctica a través del tiempo y constituye un instrumento insustituible que enfrenta a dos personas con sus respectivos sistemas de valores; requiere calor emocional y sinceridad ya que la forma de decir las cosas y el término usado pueden tener conotaciones a veces insospechadas por el paciente, lo cual obliga a entender el mensaje oculto, el marco de referencia emocional del paciente, y esto sólo es posible si está precedida de la confianza

A menudo los médicos no están conscientes de las necesidades de sus pacientes y en algunos casos es el médico el que interrumpe y altera el curso de la conversación, con el fin de guiar la atención del paciente exclusivamente sobre su enfermedad.

Esto, en gran parte, conlleva a una mala organización en el primer contacto, que se traduce en incomprensión por ambas partes. Por otro lado, el distanciamiento en el trato, la subestimación del contacto corporal (darse la mano), la falta de amabilidad y simpatía, son fuentes indiscutibles de interferencia de la comunicación sin la cual ambos se sentirán defraudados (Muller, 1974). No obstante, también existen pacientes que prefieren dar rienda suelta a la información, sin que se les pregunte, proporcionando el intercambio de opiniones donde, al parecer, el médico que habla poco suele producir decepción al mostrar una actitud que puede calificarse de desinterés por el paciente. En el primer caso son mayores las posibilidades de establecer lazos adecuados de comunicación.

El modelo de Lain (1983), el diálogo anamnésico del paciente se constituye de expresiones paraverbales, verbales y silencios. En el principio, el comportamiento del paciente refleja importantes patrones de conducta y constituye por sí mismo una importante fuente de datos. De aquí que el médico deba ser un observador sensible para percibir las reacciones que se manifiestan durante su interacción con el paciente. Cuando el enfermo habla al médico le notifica algo y le persuade, a la vez recibe compañía y logra tranquilidad a través de una función catártica. Esta anamnesis debe ser valorada en cuanto a la realidad del paciente por el médico. Así mismo hay en el paciente silencios significativos por algo que le es penoso manifestar abiertamente o porque existe algún conflicto emocional. El médico al preguntar cuál es la causa real del silencio, aprovecha esta situación en beneficio del paciente.

El médico al hablar concede compañía, procurará que sus palabras al enfermo lo nombren expresamente, para que las

sienta dirigidas a él. Lo impersonal debe ser excluido de la relación entre ambos.

Por su contenido se reduce la comunicación del enfermo a dos niveles básicos: notificación testifical e interpretativa. En la primera, el enfermo contempla objetivamente su realidad y habla con mayor o menor precisión de ella, como si él no la sufriera. Son tres los ámbitos a los que se refiere esta comunicación. El enfermo es a la vez testigo de su medio exterior, de su propio cuerpo y de su propia intimidad.

En la comunicación interpretativa, el enfermo dice al médico lo que para él significa su propia enfermedad y aquello que él mismo ha puesto en la realidad y la experiencia de su estado morbooso. El enfermo habla al médico como intérprete de su mundo, de su cuerpo y de su intimidad introspectivamente y retrospectivamente a través de las interpretaciones constructivas y simbólicas, en la primera, el paciente explica al médico su particular forma de entender la significación que para su vida tiene la dolencia que padece. En la simbólica compendia, consciente o inconscientemente una expresión símbolo de su personal actitud frente a la enfermedad. En esta situación el trabajo del médico consistirá en buscar, más allá de la oferta manifiesta del síntoma físico, la demanda latente del paciente, que muestra sus verdaderos deseos y demandas.

La respuesta técnica del médico a esta situación se manifiesta mediante la interrogación, el estímulo, la orientación y sugestión al dirigirse al enfermo refiriéndose a su enfermedad. En el interrogatorio el médico se informa sobre todo aquello que en la vida interna y externa del paciente tenga importancia para la génesis, configuración y significado de la enfermedad que padece y lleva una tácita intención terapéutica. Con el estímulo motiva al paciente a proseguir su relato ampliándolo con datos nuevos; orientará al paciente

cuando éste aborde algún tema sin relevancia. Ahora bien, con la sugestión, la palabra del médico tratará de conseguir en todo momento una actitud positiva del enfermo hacia su padecimiento (Lain, 1970). Así mismo el médico, no sólo con palabras, sino también con silencios hará notar al paciente una disposición acogedora y comprensiva. Callando ante el enfermo, ayudándole con atención, el médico conoce y cura.

La comunicación es un aspecto fundamentalmente básico en la relación médico-paciente, además de contribuir como un elemento terapéutico, contribuye y se dirige a buscar la participación del paciente en su tratamiento, pues la falta de información y comunicación colocaría al paciente en una situación pasiva y desventajosa, que le llevaría a crear dependencia hacia el médico y un comportamiento inadecuado que limitaría el proceso de recuperación o el de la curación, debido a la ausencia de información orientadora de su conducta (Perez, 1986).

d).- El momento afectivo de la relación médica.-

Existen cuatro formas de relación afectiva entre el médico y el enfermo. Lain (1970), distingue entre forma ideal y forma incorrecta. En la primera caben tres posibles formas: La camaradería médica, la amistad médica y la relación transferencial.

La camaradería médica supone una relación superficial e impersonal en la que importa más la conquista de la salud colectiva que el bien que supone la curación del individuo. En esta situación, el médico y el enfermo se relacionan no como hombres, sino de forma impersonal en busca de la salud. No se compenetran el uno en el otro, todo es externo y sin participación personal, es una cooperación objetiva. Más

todavía, el médico se relaciona, no con una persona enferma sino con el objeto portador de una enfermedad contra la que lucha; el enfermo establece contacto con médico, no como una persona, sino en cuanto que es un buen médico.

La amistad médica, por su parte, tiene como presupuesto la confianza que el paciente deposita en su médico. En ésta existen tres visos de confianza: en la medicina, en el médico como portador de conocimiento y técnicas y, en la persona del médico como tal. Finalmente, en la relación transferencial, la curación, solución del conflicto o enfermedad, radica en la conducción que el médico logra del flujo emocional del paciente hacia sí mismo.

La forma incorrecta apunta que es indebida una relación médico-paciente por falta de pericia o habilidad del médico en conducir la transferencia, por una excesiva frialdad o afectividad desmedida, o por una exigente actitud del enfermo. El que se dé alguna relación afectiva puede depender, en gran medida, del tiempo no sólo del que la relación en sí misma dura y en el que se lleva a cabo el tratamiento, sino además del espacio que se dedica a cada uno de los pacientes. Si el tiempo es corto no se da la relación. Cuando más fugaz es la entrevista más agresión-frustración se desarrolla y por ende mayor es el nivel de conflicto.

Se da una relación parcial cuando el médico con respecto al enfermo o viceversa, quedan relacionados sólo por una parte del cuerpo. Esto es lo opuesto a la interrelación que se da cuando ambas personas se tratan como tales, lo cual implica una mayoría de edad emocional y científica del médico respecto a la persona que asiste, ya que el enfermo, por el hecho mismo de la enfermedad tiende a parcializar.

En la relación médico-paciente, la transferencia es importante porque aclara la relación del paciente con la persona a quien el médico representa. En esta relación la transferencia es el resultado de un trasplante que el paciente efectúa hacia el médico de los sentimientos y actitudes, amistades hostiles y ambivalentes que abrigan en etapas tempranas respecto a las figuras parentales o con referencia a otra persona que tuvo un papel importante en su vida. De esta forma el paciente reacciona ante el médico como si se tratara de la persona que originalmente provocó tales sentimientos y actitudes (Kolb, 1976).

Resulta claro que cuando el paciente mantiene con el médico una relación auténtica de estimación y confianza es posible establecer un trato adecuado. En esta situación el paciente se muestra deseoso de cooperar, acepta sugerencias y se atiene a la prescripción médica. En contraste, cuando predominan actitudes negativas del paciente, es más probable que éste olvide los medicamentos, abandone la dieta y se aferre a sus síntomas. Lo más sobresaliente acerca de estas actitudes negativas, es que algunos médicos se inclinan a ignorarlos, perdiendo así la oportunidad de aprovechar estos factores psicológicos en beneficio de mejorar la relación médico-paciente.

De la capacidad de cada médico para comprender los elementos dinámicos en juego, en su relación con el paciente dependerá su habilidad para identificar e influir en los factores psicológicos involucrados en los síntomas del paciente, estimulándolo en el desarrollo de actitudes adecuadas para el restablecimiento del equilibrio orgánico.

Así mismo, la contratransferencia representa una orientación defensiva del terapeuta con relación al paciente. Se sugiere que ésta hace su aparición cuando el terapeuta se angustia a

causa del paciente, cuando tiene sentimientos e ideas de lo que una investigación terapéutica puede suscitar en él, y cuando sus deseos de evitar la angustia y sus raíces dinámicas le obligan a adoptar actitudes defensivas. Estas a su vez dificultan su auténtica comprensión terapéutica del paciente.

Así, en términos generales, la contratransferencia se considera como una manifestación de la renuncia del terapeuta a saber y descubrir algo acerca de sí mismo y de que sigan enterrados conflictos sin resolver. Estas reacciones tienen el valor de un mensaje de importancia y si se examinan cuidadosamente, arrojarán luz sobre las defensas dinámicas del paciente.

La contratransferencia es responsable de muchos errores y fracasos en la relación médico-paciente, al estar formada por actitudes negativas del médico hacia el paciente, tales como la ira, la impaciencia o el resentimiento. También pueden presentarse en el médico emociones positivas hacia el paciente. Por ejemplo, amor, deseo sexual, etc. (Kolb, 1976).

Las actitudes anteriores interfieren negativamente en la efectividad de la terapéutica del médico. Las reacciones de contratransferencia se originan en las identificaciones y proyecciones irracionales del médico. Con base en estas consideraciones, éste último, no debe permitir que sus propios sentimientos y actitudes inconscientes interfieran en su relación con el paciente, durante las fases del tratamiento.

Aunque esta situación puede ser culpable del fracaso en la relación médico-paciente, un médico hábil puede darle un buen uso, al tratar de desentrañar el significado de su actitud hacia el paciente y llegar a conocer así lo que expresa su conducta y lo que representa.

Dentro de este mismo orden de ideas, surge otro modelo explicativo de la relación establecida entre el médico y el paciente, corresponde al propuesto por Menendez (1985) que se refiere al "Modelo Hegemónico de atención en la relación médico-paciente", donde se plantean una serie de cuestionamientos que no se circunscriben en forma exclusiva a la dinámica establecida en el ámbito físico del encuentro entre dos personas, sino que va más allá, al cuestionamiento y al planteamiento reflexivo de lo que significa las representaciones sociales de los personajes de encuentro. Algunas de sus aportaciones se explican en base a los siguientes ejes de análisis:

a).- La relación médico-paciente es una relación desigual, se manifiesta dentro de una estructura jerárquica, donde uno representa un nivel superior al del otro dentro de una estructura social que los respalda. Es decir, no existen, como lo señalaban los autores anteriores, una relación eminentemente humana.

b).- Es una relación donde uno ejerce presión sobre el otro. El médico "aprovecha" la circunstancia del encuentro para ejercer influencia sobre el paciente, bajo la consigna de que es el paciente quien demanda ayuda del que tiene los recursos para restablecer su salud.

c).- Es una relación de poder. El médico simboliza a la estructura social del poder; presume de una autoridad que le otorga la bata blanca para imponer su criterio sobre las condiciones en las que se ha de llevar a cabo la entrevista o encuentro.

d).- Igualmente ejerce poder cuando es él quien hace las preguntas y el paciente le sirve de fuente de datos, no como persona que

manifiesta sus quejas. El médico es quien traduce para su entender los simbolismos del paciente, mientras que el paciente no recibe la información en su lenguaje y se le dificulta su asimilación.

e).- Es una relación donde uno sabe y el otro no. El médico es quien conduce la entrevista puesto que es quien sabe hacia donde dirigirla y lo que pretende y espera de ella. Conoce de la medicina, del paciente y de la relación establecida entre ambos. De ahí que desechará todo aquello que considere escapa a lo que necesita.

f).- Representa una célula de un tipo específico de sociedad en la que, a través del encuentro se presenta un paciente que simboliza al pueblo necesitado y oprimido y por el otro al gobierno o al estado que dicta la forma en la que ha de "ayudar".

g).- Desde el punto de vista de la interacción personal, el paciente tiene la obligación de depositar la confianza en el médico, por la representación y atributo que la sociedad le ha conferido. El paciente no debe cuestionar la capacidad de conocimiento, de decisión y de ingerencia para el tratamiento propuesto, ya que éste procede de alguien que cura o restablece la salud.

h).- En el caso de la medicina institucional se agudiza la problemática, existe todo un respaldo para la estructura profesional, mientras que para el paciente es mayor el impacto sobre la figura simbolizante del médico.

3.- La relación médico- paciente en la medicina institucional.-

En el caso de nuestro país la medicina institucional mantiene una estructura gubernamental que se vincula a los servicios otorgados en forma gratuita por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Secretaría de Salud, desde fechas recientes). El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se enfoca, como su nombre lo indica a los trabajadores del sector gobierno. Y en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social que se crea a partir de 1943, como un servicio que se vincula entre el Gobierno de la República y los patrones a fin de que todo trabajador, por obligación del patrón se encuentre bajo los servicios médico-asistenciales que otorga la institución.

Para efectos del presente trabajo, se analizará lo sucedido en la relación entre el médico y el paciente dentro de la institución pública y en particular en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En la acción de la asistencia médica institucional están implícitos una serie de mecanismos que inciden a diferente nivel en busca de la salud del individuo, a través de la acción curativa y preventiva de las enfermedades. Una característica que privó en la medicina de todos los tiempos ha sido el concepto individual de la acción curativa, una medicina concebida para ser ejercida de un hombre hacia otro hombre, del médico hacia el enfermo. La medicina institucional modifica la clásica relación médico-paciente, modifica la acción individual, ya que esta es necesariamente limitada. Desigual en su ejercicio, puesto que depende de la preparación individual de un sujeto y aún de su habilidad y madurez personal, variará según estas características de los sujetos que la ejerzan, estará supeditada a la capacidad que dichos sujetos tengan para establecer una adecuada relación médico-paciente.

Para que esta medicina tenga franca efectividad es necesario que se acepte la necesidad y se ofrezca dicha relación. Es posible

detectar algunos problemas que la obstaculizan, algunos de ellos se pueden generar debido a que el enfermo no ha elegido a su médico y el médico tiene que aceptar a todos los pacientes que le son asignados.

Otro problema puede ser el concepto que el enfermo tiene de lo que es la enfermedad. La actitud de la población puede diferir de un padecimiento a otro, y esto implica una solicitud deferente de servicios médicos, debido a lo cual frecuentemente no hay solicitud oportuna del servicio. O puede presentar el caso contrario, se acude al médico por dolencias que no se tienen. Esto sobrecarga la consulta y como consecuencia inmediata los médicos no pueden dedicar a cada paciente el tiempo necesario (Rivera, 1979).

En lo relativo a la atención médica, el primer contacto que establece una persona al acudir a la institución lo realiza con el médico familiar, quien tiene la posibilidad de establecer una estrecha relación debido al contacto con sus aspectos personales, familiares y sociales. La existencia del médico general resulta considerablemente necesaria y de gran utilidad, es el médico completo, el que conoce con extensión nivelada lo fundamental de la medicina y su aplicación. Resulta ser un modelo profesionalmente completo y competente, es el médico más importante y útil para efectos de los requerimientos y necesidades de la institución (Jinich, 1986).

El hecho de que el médico familiar identifique y maneje problemas psicológicos redundará tanto en beneficio del paciente como de la institución, ya que se podrá optimizar los recursos humanos y técnicos de que se dispone para mejorar el servicio y como premisa fundamental, en el paciente no se generará un padecimiento crónico. La atribución al médico general de la responsabilidad de la atención de la medicina familiar se manifiesta en el hecho de que es el profesional encargado de atender a todos los miembros del núcleo familiar y que constituye la base o la referencia en que el médico

debe circunscribir la atención brindada en un momento determinado a un miembro de ese grupo.

En la crisis de la sociedad contemporánea y el alto costo de la vida, se han manifestado las repercusiones en los servicios de salud institucionales en general y, el caso del IMSS no es la excepción. Han aumentado los índices de cobertura a una población que generalmente no acudía a solicitar servicio, ya que lo hacía en forma privada, para evitar la atención generalizada. Todo ello ha propiciado que se refleje este fenómeno en un punto álgido como lo es el primer contacto que el paciente tiene con la institución, el Médico Familiar. La resultante ha sido, un aumento considerable en el número de pacientes que tiene que atender en un tiempo relativamente corto, con lo cual la relación entre el médico y el paciente se ha restringido a una circunstancia que más bien puede ser analizada bajo lineamientos administrativos que profesionales o médico-humanitarios. Este deterioro en la calidad de los servicios de atención se ve reflejado en varios elementos por considerar: el poco tiempo dedicado a los pacientes, la poca exploración para la elaboración del historial clínico del paciente, los requerimientos de otras técnicas de apoyo como son los análisis de laboratorio, el interrogatorio por sí mismo, etc. Lo que se traduce, no sólo en una apreciación subjetiva del paciente del deterioro de los servicios médicos, sino en cuanto a la autopercepción del mismo médico como profesional de la salud.

C A P I T U L O - 4**ACTIVIDAD TÉCNICA Y EL MÉDICO GENERAL****1.- Elementos de la entrevista.-**

La entrevista es una situación de comunicación verbal en un grupo de dos personas, más o menos integrado en forma voluntaria, sobre una base progresivamente desarrollada de un experto y un paciente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado y qué pautas y normas experimenta como productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en relación de cuáles espera tener algún beneficio (Sullivan, 1987).

Respecto a la entrevista inicial, es importante que ésta se lleve a cabo en condiciones que permitan un contacto privado con el paciente, lo cual da una sensación de seguridad e igualdad que resulta de gran ayuda para la investigación posterior. De aquí que lo aconsejable es hacerlo sentir bien en un ambiente de seguridad y comodidad. Esta situación emocional y la capacidad de comunicación se ven influenciadas por la manera en que el médico le hable. Por su parte el médico debe ser amable, cortés y mostrar que está interesado en la problemática del paciente. Con base en la confianza que el médico logre despertar en él, a cambio el paciente se sentirá en posibilidad de proporcionarle los datos de mayor interés sobre su padecimiento que se le soliciten. En esta situación el paciente puede percibir que se le da importancia a su caso y que a él se le respeta y se le toma en cuenta como persona, se le trata con dignidad y sabe que sus opiniones tienen relevancia. El médico por su parte, mantiene y fortalece la

autoestima del paciente y le permite tomar la iniciativa al momento de relatar su propia historia.

Se debe tener en cuenta que las respuestas del paciente pueden estar influenciadas por las circunstancias presentes, y en particular por la persona del médico. En forma semejante el médico debe saber percibir su propia influencia sobre el paciente (Garfield, 1979).

Con la finalidad de lograr un acercamiento eficiente y una información amplia y veraz el médico se mostrará flexible y comprensivo. La exposición espontánea del cuadro que el paciente presenta de sí mismo puede aportar más material informativo de lo que él mismo percibe (Kolb, 1976). Sin embargo, el nexo que se logra está influenciado por cada situación particular. Es importante identificar las diferentes situaciones en que se lleva a cabo la entrevista, según sea que el paciente acuda a consulta o se encuentre hospitalizado. En el caso en que el paciente acude a una institución, antes de su encuentro con el médico tiene contacto con el personal administrativo y esta peculiaridad deforma la entrevista.

Sea cual fuere el marco donde se realice la consulta, el médico debe centrar primero su atención en el sufrimiento inmediato del paciente, en los trastornos que le aquejan y en las razones de su consulta. Todo esto le permitirá utilizar sus conocimientos técnicos para decidir cómo ha de dirigir la entrevista.

En la entrevista no dirigida el objetivo principal es, ampliar el campo informativo tanto como sea posible y tener la oportunidad de conocer lo mismo al hombre que a la enfermedad. Consiste principalmente en que el paciente hable sobre sí mismo, describa sus males tal como los vive, sin intervenciones que puedan provocar distorsiones. Lo cual proporciona al médico datos sobre la personalidad del paciente y penetra en su mundo.

Utilizando este método se puede llegar a comprender los problemas emocionales del paciente y determinar las áreas de conflicto, siendo posible establecer un contacto emocional y una relación afectiva. Este tipo de entrevista a menudo desenvoca en un acto terapéutico.

La entrevista supone una relación personal de una constante interacción y constituye un método de apreciación clínica en el que el médico tiene que concentrarse en su paciente y en las interacciones que ocurren entre ambos (Garfield, 1979).

La forma en que se conduzca la entrevista, por otro lado, también dependerá de la urgencia de la situación médica. Para los casos de las afecciones agudas se realiza un interrogatorio en forma precisa para obtener respuestas exactas.

2.- Diagnóstico.-

La tarea diagnóstica del médico comienza cuando se encuentra con el enfermo. Desde un punto de vista formal diagnosticar es detenerse, considerar lo que hasta ese momento le haya brindado la realidad del enfermo para conjuntar una hipótesis técnicamente explicable, tratando de confirmarla mediante un recurso exploratorio determinado o sustituyéndola por otra si tal confirmación no se produce, para lograr el conocimiento del enfermo que permita entender de manera satisfactoria toda la experiencia obtenida frente a su realidad.

Lain (1979), distingue dos modos de diagnosticar: a).- Mediante el sistema clásico o científico natural y, b).- Otro denominado integral o científico personal. Los supuestos principales de la concepción clásica de diagnosticar son: la objetivación, donde el diagnóstico como nombre es un desorden objetivo de la realidad del enfermo. La especificación, cuando se remite a un padecimiento

específico, generalmente de tipo somático, por ejemplo en los casos de cáncer, tuberculosis, etc. Finalmente, el de inducción, el juicio diagnóstico como resultado de un proceso mental. Sin embargo, un exámen detenido puede mostrar que el diagnóstico no es sólo tipificador y objetivante, ya que debido a la actitud del enfermo ante el médico y ante su propia enfermedad puede modificarse el cuadro técnico.

El punto de vista desde el cual ejerce la acción objetiva el médico interviene de alguna forma en la aprehensión exploratoria y en la configuración mental del observador. En consecuencia, cuando el médico diagnostica no debe limitarse a objetivizar y especificar lo que encuentra en el enfermo. Sino que mediante la concepción integral del diagnóstico, se propone tomar en cuenta la total condición somática, psíquica y personal del enfermo. Es decir, su realidad individual y social. Esto exige la doble y complementaria tarea de personalizar los hallazgos a que haya conducido la objetivación somática y psíquica, así como los actos personales del enfermo en relación a su enfermedad. Este es el proceso de diagnóstico que se recomienda seguir en el desarrollo de la relación médico-paciente. En el diagnóstico integral se considera al enfermo como persona y no sólo como un objeto (Lain, 1983).

3.- Tratamiento.-

La eficacia de casi todos los medios a los que recurre el médico para la prescripción en las intervenciones que realiza, están representadas por la acción psíquica del paciente. La expectación confiada con que viene al encuentro de la influencia directa ejercida por el agente terapéutico depende de su propio deseo de curación y del poderío que concede a la persona del médico, así como la simpatía puramente humana que éste sepa despertar en el paciente (Freud, 1905). Idudablemente, la personalidad del médico

es uno de los factores cardinales para crear en el paciente un estado de ánimo favorable a la curación.

Desde que los médicos han reconocido la importancia del estado anímico para la curación, se han esforzado por imponer intencionalmente, por medios adecuados, el estado de ánimo más favorable que pueda aportar beneficios a los recursos terapéuticos. Como se sabe, las palabras son los instrumentos esenciales del tratamiento anímico. Freud (1905), menciona que los trastornos patológicos del cuerpo y del alma pueden ser eliminados por medio de las palabras del médico. Lo cual nos lleva a considerar que la terapéutica derivada por naturaleza de la relación médico-paciente, es la psicoterapia.

Si se comprende como psicoterapia los esfuerzos encaminados a despertar en el paciente las condiciones y los estados psíquicos propicios a la curación, entonces esta forma de tratamiento médico es históricamente la más antigua. Los primeros intentos de sistematizarla aparecieron al principio del presente siglo. Sin duda alguna, las técnicas psicológicas para la persuasión y para infundir confianza por si mismas se han usado desde tiempo inmemorial. El desarrollo de procedimientos psicoterapéuticos para eliminar síntomas y mejorar el comportamiento hizo su aparición hacia fines del siglo XIX. Esto coincidió con un interés científico en el comportamiento anormal y con una conciencia mayor de los factores psicológicos que juegan un papel predominante en dicho comportamiento (Garfield, 1979).

En general, la psicoterapia se refiere al intento de restaurar la salud por medio de recursos psicológicos. Consiste esencialmente en ejercer sobre el enfermo una influencia, ya sea directa o indirecta, capaz de estimular en él reacciones conducentes a la salud (de la Fuente, 1959). Las técnicas psicoterapéuticas se dividen en dos categorías: superficial y profunda.

La psicoterapia superficial puede estar al alcance de los conocimientos y habilidades de un médico general y su forma de acción no difiere sustancialmente de la influencia que una persona puede ejercer sobre otra en la vida ordinaria.

La psicoterapia profunda, por otro lado, requiere conocimientos y entrenamiento especiales, aunque el médico no especializado debe estar familiarizado con ella para conocer sus posibilidades y limitaciones.

a).- El médico general y la psicoterapia.-

Las técnicas psicológicas aplicadas en el campo de la medicina no consisten en hacer un psicoterapeuta del médico tratante, sino enseñarle a manejar con la mayor eficacia posible la relación médico-paciente, es decir, la relación terapéutica. Normalmente cada médico adopta en forma espontánea una actitud respecto de cada uno de los pacientes que trata. Pueden mencionarse cuatro tipos de actitud psicoterapéutica espontáneas del médico:

- Una actitud catártica, de dirección, activista y expectativa. La actuación catártica es anterior al psicoanálisis y se basa en la concepción sacerdotal de que la enfermedad es un mal que debe extirparse. Según esto, al permitir que el paciente expulse el conflicto existente como origen de sus trastornos mediante el establecimiento de una relación adecuada, el médico ejerce entonces su actividad psicoterapéutica.

- La actividad de dirección es necesaria e incluso indispensable cuando se trata de tener la adhesión del paciente a un acto terapéutico vital. A menudo el médico da al paciente consejos precisos sobre su forma de vivir, las experiencias que debe tener. En esta situación el médico actúa

en función de sí mismo, sin tomar en cuenta las necesidades y demandas reales del paciente.

- En la actitud activista, el médico regula las acciones prescribiendo medicamentos o actuando sobre el grupo por medio de los servicios sociales o enviando al paciente con el especialista. Esta actitud puede tener influencia positiva sobre los pacientes a los que satisface la actividad del médico, aunque esto repercuta en una sobrecarga de trabajo.

- En la actitud explicativa, el médico detalla al paciente la génesis de su enfermedad y las causas de los síntomas. Para esto se auxilia de esquemas, usa términos científicos o recurre a explicaciones trasplantadas. Mediante esta actitud el médico pretende poner al desnudo la enfermedad y reducir la imaginación del enfermo respecto a su afección. La actitud adecuada consiste en integrar la enfermedad al interior del propio paciente y considerarlo en su totalidad (Schnaider, 1974).

La principal herramienta del médico general en esta práctica será su propia persona. Lo cual implica que debe prestarse atención a sí mismo y a las condiciones que aseguren su eficacia, así como el compromiso para usarse a sí mismo como instrumento (Plá, 1974).

Desde Freud, el enfermo ha comenzado a ser desde un punto de vista estrictamente científico y técnico sujeto, persona. La paulatina configuración de una nueva mentalidad en el médico, cada vez más conocido de que sin la introducción sistemática de métodos psicológicos en su quehacer clínico no puede ser científicamente entendido y tratado el enfermo (Lain, 1979).

Si el campo de la actividad del psicoanálisis es ante todo el inconsciente, el médico trabaja en el nivel del consciente, es decir, en el nivel del yo. El médico debe utilizar las funciones

sanas y autónomas de la personalidad del paciente para permitirle que él mismo resuelva sus problemas y conflictos o los adapte a su tipo de vida. La psicoterapia debe tender a hacer que el paciente sea otra vez autónomo, independiente y capaz de vivir sin que constantemente necesite ayuda del médico. Para actuar bajo esta directriz no es necesario que el médico general modifique en mucho su conducta y su estilo de entrevista. El cambio de actitud se dará mediante una operación interior.

En suma, el médico modifica su actitud cuando aprende a escuchar, a evaluar el sufrimiento psíquico y físico y puede tomar la decisión para hablar. En la relación interpersonal, hablar significa dirigirse al yo del paciente y a su personalidad consciente, reflejando el problema del paciente en un esfuerzo de comprensión y elaboración del lenguaje con la finalidad de entender la totalidad de la personalidad del enfermo. Una simple acción psicoterapéutica de este tipo puede tener un valor reductor de conflicto y por este motivo de síntomas.

Los médicos no pueden prescindir de la psicoterapia por la sencilla razón de que el paciente no tiene la menor intención de renunciar a ella. Sin que el médico se lo proponga, a todo tratamiento por él indicado se agrega en el acto favoreciéndolo casi siempre; y en ocasiones contrariándolo, este es un factor determinante de la disposición psíquica del enfermo. De esta forma, todos los médicos practican constantemente la psicoterapia, aún en aquellos casos en los que no sea su intención ni se dan cuenta de ello.

Hay que agregar que ciertas enfermedades resultan más asequibles a la influencia psíquica que a ninguna otra medicación. Así se tiene que lo que cura estas enfermedades no es la medicina, sino la personalidad del médico, en cuanto él mismo ejerce, por medio de ella, un influjo (Freud, 1905). La psicoterapia ofrece procedimientos y caminos muy diversos. Cualquiera de ellos que conduzca al fin propuesto, a la curación del enfermo, será bueno.

Las promesas de mejoría que prodigan los médicos consoladoramente a los enfermos, corresponden ya a uno de los métodos psicoterapéuticos.

La técnica parcial del psicoanálisis que se dirige al yo también es llamada terapia breve y debe distinguirse de la terapia profunda, la cual es aplicada tomando en cuenta el modelo completo del psicoanálisis. A continuación se muestran estas técnicas y su posible aplicación por parte del médico general.

b).- Terapia superficial.-

La terapia superficial, también llamada breve, de apoyo o ligera, se refiere a una gran variedad de técnicas que se diseñan para ayudar al paciente, sin ahondar en hipótesis sobre las causas latentes de la personalidad de éste o en las causas dinámicas de dicha personalidad (Gerfield, 1979). Es claro que se espere que la psicoterapia breve exija tiempo considerablemente menor en comparación con otras técnicas; que en general es lo que ocurre, pero, es difícil precisar en qué medida. En lugar de intentar profundizar para descubrir lo que pudiera ser el problema fundamental o de intentar superar las defensas y resistencias del paciente con respecto a la terapia, el objetivo está ligado a la acción de aliarse con el paciente para reforzar sus defensas y mecanismos de solución. Es de esperarse que con el tipo de ayuda que se brinde el enfermo podrá estar en mejores condiciones para reintegrarse y adaptarse a la situación propia de su vida.

Desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica, la terapia de apoyo suele considerarse como un intento de reforzar el ego del paciente, es decir, los componentes que integran su personalidad.

En este tipo de terapia las técnicas de apoyo generalmente se escogen en función de los síntomas o quejas del paciente y suelen

girar alrededor de las circunstancias y problemas de su vida real y actual. Por otro lado, el contenido de las entrevistas en esta técnica está constituida en forma casi exclusiva por material consciente. No obstante, pueden surgir aspectos inconscientes debido a la relación que se desarrolla en la terapia. Las herramientas básicas son las persuasión, el consejo, el aliento, la simpatía, la exhortación y la comunicación de información del médico hacia el paciente (Gerfield, 1979).

Small (1978), considera que la terapia breve se limita a eliminar o aliviar los síntomas específicos pero no intenta la reconstrucción de la personalidad, si bien la intervención dinámica puede, como efecto secundario, conducir a la reconstrucción autónoma de dicha personalidad.

Para la práctica de una medicina psicoterapéutica, que tiene su base en la terapia breve, es necesario considerar el hecho de que subyacente a los síntomas pueden existir conflictos, frustraciones, hostilidades, etc. Teniendo en cuenta que lo más significativo de éstos pueden ocurrir a nivel inconsciente.

Se debe considerar anticipadamente que esta práctica conlleva la perspectiva de una relación interpersonal, en la que el médico acepta implicarse personalmente y ser responsable de su actitud ante el paciente.

Para un buen éxito de la aplicación de la psicoterapia breve, el médico debe conocer algunos mecanismos de acción, tales como los siguientes:

- i).- Sugestión.- Consiste en la aceptación de ideas o en la incorporación de actitudes de otra persona, sin que existan para ello razones válidas desde el punto de vista de la lógica y objetividad. Tiene su base en las emociones con exclusión de la razón.

No obstante, tiene un valor terapéutico limitado, ya que puede hacer desaparecer transitoriamente un síntoma, pero dado que los procesos no son tocados, el síntoma puede reaparecer o ser sustituido por el otro en poco tiempo.

ii).- **Catarsis.**- Consiste en un mecanismo psicoterapéutico que interviene cuando se escucha pacientemente a un enfermo, mediante la libre expresión de afectos retenidos. Opera cuando el paciente se libera de una carga al compartir sus dudas o inquietudes.

No hay que olvidar que, para muchos pacientes, la comunicación con el médico es su única oportunidad de compartir su responsabilidad.

Una vez que el médico ha logrado acumular suficiente información sobre la situación del enfermo y reconstruir su biografía está en posición de utilizar mecanismos de alivio, tales como la persuasión y la reeducación.

iii).- **Persuasión.**- Consiste en convencer al paciente mediante argumentos lógicos e intelectualmente atractivos. El elemento utilizado es la razón, explicando al enfermo lo impropio de sus reacciones y sugiriéndole que las modifique.

iv).- **Reeducación.**- Sustitución de pautas de conducta indeseables por otras saludables, así como la reestructuración de metas. Esto requiere que el paciente sea capaz de renunciar a ciertas satisfacciones y que pueda prescindir de actitudes que por desempeñar una función defensiva le son particularmente necesarias. En la utilización de estos mecanismos el énfasis es puesto en la situación actual que rodea al enfermo y en sus conflictos conscientes que afectan al "yo".

Concretamente, lo que se hace es ayudar al paciente directa y activamente para que logre nuevos ajustes en su personalidad, con el fin de eliminar sus síntomas y/o mejorar sus capacidades de adaptación; pero sin tocar sus defensas básicas y sin pretender modificar su estructura caracterológica (de la Fuente, 1983).

Tanto las técnicas de terapia breve como las de la profunda son utilizadas con frecuencia por los médicos sin tener conocimiento o conciencia de esto. Al ser aprovechada esta situación en beneficio de los pacientes se puede llegar a practicar una medicina preventiva y optimizar los recursos médicos e institucionales.

C A P I T U L O - 5

METODOLOGIA.

Hoy en día se vive una experiencia poco gratificante en términos de la calidad en la relación médico-paciente. Esto se manifiesta tanto por parte del médico en el caso de la atención institucionalizada, así como de acuerdo a la percepción de los pacientes.

Desde el punto de vista del médico, existe también una pérdida de profesionalismo que se traduce en una atención deficiente, apreciada tanto en el tiempo dedicado, como en la dinámica de interacción.

En virtud de lo anterior, se plantea este trabajo como tentativa de análisis a lo que significa la relación médico-paciente, así como un planteamiento específico de los resultados de la investigación emprendida, las implicaciones que conllevan los planteamientos, así como algunas recomendaciones tanto a los médicos para realizar de una forma más eficiente y profesional su labor, como para los pacientes, en lo relativo a lo que puede demandar en este encuentro ante el médico como representante de la institución a la que solicita servicio.

OBJETIVO:

Proponer a los médicos de las Unidades de Medicina Familiar una serie de lineamientos de tipo teórico, así como otros producto de la investigación que sirvan de base para reconocer la importancia de los aspectos psicológicos que se ponen en juego en la relación médico-paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La estructura general de la investigación se centra en intentar dar solución al problema, planteado de acuerdo a la siguiente interrogante:

¿ Cuáles son algunos de los factores psicológicos que influyen en la relación médico-paciente ?

HIPOTESIS DE TRABAJO:

H-0: Los médicos que poseen conocimientos, intereses y formación psicológica, favorecen la relación médico-paciente.

H-1: Los médicos que no poseer conocimientos, intereses y formación psicológica desfavorecen la relación médico-paciente.

a).- Tipo de estudio.-

La investigación se enmarca dentro de la estructura de un estudio tipo exploratorio, donde se pretende definir las características que presenta el fenómeno por investigar. Tiene como finalidad identificar algunos factores de la relación médico-paciente desde la perspectiva psicológica a fin de que se pueda contribuir a generar hipótesis para futuras investigaciones.

b).- Población y muestreo.-

Se utilizó un muestreo no probabilístico en ambos grupos: Médicos y Pacientes. En cuanto al primero (**Médicos**), se compone de 28 Médicos Familiares que laboran en el Hospital General de Zona No. 26 del I.M.S.S. (1) en el servicio de Consulta Externa en los turnos matutino y vespertino y que conforman la población total de médicos de esta categoría.

Características: 15 hombres y 13 mujeres. Rangos de edad: 28 a 62 años. Estado civil: 7 solteros y 21 casados. Año de titulación: entre 1955 y 1988. Especialidad: 22 Medicina Familiar, 6 Medicina General y Pediatría. Antigüedad en la institución: de 1 a 22 años.

Pacientes: Se abordaron a un total de 83 personas demandantes de atención médica en la U.M.F. No. 26 del IMSS en los turnos matutino y vespertino.

Se dispuso de una técnica de muestreo de esta naturaleza (muestreo no probabilístico), debido a que no se dispuso de una lista actualizada de la población total asistente a consulta al momento de la encuesta. Por tal motivo se determinó en forma deliberada el número de casos en el muestro por cuotas.

Características: Fueron 35 hombres y 48 mujeres. Edades entre 17 y 74 años, ubicándose la mayoría entre 30 y 40. Estado civil: 62% eran casados, 31% solteros, 5% unión libre 1% viudez. Grado de escolaridad: 26.5% con primaria, 35% secundaria, 22% media superior, 12% superior y técnicos, 5% no respuesta. Ocupación: 43.4% amas de casa, 31.3% empleados, 7.2% obreros y estudiantes, 6% jubilados, 3.6% profesionistas. 1.2% de no respuesta.

¹ El HGZ No. 26 del IMSS atiende exclusivamente a derechohabientes de la Compañía de Luz y Fuerza del Centro.

El muestreo consistió en elegir al cuarto paciente que asistiera a la demanda del servicio; se le pedía que llenara un cuestionario. De esta manera se completaron 3 pacientes de cada médico.

c).- Instrumentos para la obtención de información.-

Se emplearon dos cuestionarios, uno para médicos y otro para los pacientes. De lápiz y papel, autoadministrados, los cuales fueron formulados con base en una investigación sobre el tema y la consulta a conocedores del mismo. Consta cada uno de 50 reactivos.

Se utilizaron como criterios de confiabilidad y validez la participación de jueces en la selección de los reactivos, ellos fueron, 2 Psicólogos y 5 Médicos. En el caso de la muestra empleada para el estudio piloto participaron 5 médicos y 5 pacientes.

En la versión final, el cuestionario para médicos se conformó con 27 reactivos, 17 dicotómicos de respuesta si-no, 2 de opción múltiple y 8 de respuesta abierta (ver anexo). El cuestionario para pacientes consta de ficha de identidad y 25 reactivos, 22 dicotómicos si-no, 2 de opción múltiple y uno abierto (ver anexo).

Areas que comprende el cuestionario para Médicos: Relación interpersonal, Vocación, Comunicación y Afectividad.

| Categoría | Número de reactivo |
|------------------------|-----------------------|
| Relación interpersonal | 10-11-14-20-21-26 |
| Motivos del médico | 5-6-7-8-9-13-18-22-23 |
| Comunicación | 1-2-17-19-24-27 |
| Afectividad | 3-4-12-15-16-25 |

Áreas que comprende el cuestionario para los **Pacientes**:

Relación interpersonal, Motivación, Comunicación y Afectividad.

Para las categorías en estudio se agruparon los reactivos del cuestionario de la siguiente manera:

| Categoría | Número de reactivo |
|------------------------|-----------------------|
| Relación interpersonal | 1-2-3-8-15-18-21 |
| Motivos del paciente | 9-13-16-20 |
| Comunicación | 5-7-11-12-17-19-24-25 |
| afectividad | 4-10-14-22-23 |

d).- Categorías de análisis.

- Relación médico-paciente: Es el encuentro no fortuito establecido entre un técnico de la salud y una persona cuya salud se encuentra quebrantada.

- Médico: Técnico de la salud con disposición afectiva para satisfacer la necesidad del paciente, y con capacidad científica y técnica para hacerlo.

- Paciente: Sujeto con necesidad de ayuda técnica-médica sobre un problema de salud, y que entra en contacto con el sistema de asistencia médica (Martínez, 1979).

De este modo, la relación que se establece entre médico y paciente se enfoca a partir de los siguientes criterios:

- Relación interpersonal.- Influencia mutua entre dos o más personas en la que un sujeto trata al otro conforme a lo que es en sí mismo, considerándose y tratándose como personas. Comprende la apreciación de cambios emocionales en el paciente, confrontación con su propio estado emocional e influencia en el núcleo familiar. En el paciente, el número de veces que asiste a consulta y la confianza para describir su padecimiento.

- Vocación del médico.- Auténtico deseo de ayuda al prójimo, motivado por su vocación, interés científico y deber profesional. En este renglón se investigó sobre la opinión a la medicina institucional, capacitación, confianza e interés por el paciente y manejo de medios terapéuticos. Motivación del paciente.- Deseo y voluntad de recuperar la salud, por lo cual acude al médico. Se identifica como la frecuencia de asistencia a consulta, identificación y trato con el médico.

- Comunicación.- Transmisión de información de un individuo a otro por medio del lenguaje hablado, expresiones paraverbales y silencios. La comunicación médico-paciente es bidireccional. Se cuestionó acerca de la manera en que el médico se dirige al paciente. En el caso del paciente, la duración de la consulta, silencios, apoyo para que el paciente continúe su relato y explicación sobre el padecimiento.

- Afectividad.- Adjetivo genérico usado para denotar cualquier variedad de sentimientos, experiencia afectiva o concomitante emotivo; en el médico es un proceso dirigido a la comprensión del paciente. Se exploraron los aspectos emocionales, vínculos afectivos, empleo de apoyo psicológico y su valor terapéutico. En el caso del paciente, la tensión y angustia que origina su asistencia al médico.

Indicadores en el caso de los médicos**Relación interpersonal:**

- Apreciación de cambios emocionales en la conducta del paciente
- Confrontación con el estado emocional del paciente
- Influencia del médico en el núcleo familiar

Vocación:

- Opinión del médico sobre la medicina institucional
- Capacitación
- Confianza e interés sobre el paciente
- Manejo de medios psicoterapéuticos

Comunicación:

- Forma en que se dirige al paciente
- Tiempo de consulta
- Valoración de la comunicación (silencio, ayuda para que el paciente continúe su relato)
- Valoración integral del paciente y medicina preventiva

Afectividad:

- Aspectos emocionales del propio médico
- Vínculos afectivos
- Empleo del apoyo psicoterapéutico y su valor terapéutico

Indicadores en el caso de los pacientes:**Relación interpersonal:**

- + Frecuencia en la asistencia al servicio médico
- + Identificación y relación con el médico

Motivación:

- + Asumir el rol de enfermo
- + Restablecimiento y responsabilidad en la recuperación de la salud
- + Compromiso con el médico

Comunicación:

- + Apertura del diálogo
- + Trato atención y apoyo que recibe
- + Evaluación del silencio
- + Explicación del padecimiento
- + Tiempo de consulta

Afectividad:

- + Estados emocionales originados por su asistencia a consulta
- + Tensión, angustia y ansiedad

d).- Tratamiento estadístico.-

Para el análisis de los datos se empleó el programa Frecuencias y Crosstab del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), empleando principalmente distribuciones por categorías, así como de frecuencias para análisis porcentuales.

C A P I T U L O - 6**RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados más sobresalientes de acuerdo a las diferentes categorías:

a).- **MEDICOS. Relaciones personales:**

Como se puede apreciar en las gráficas correspondientes se presentan las condiciones de mayor relevancia, bajo el criterio de no ser comprendidas en otros reactivos.

Algunos datos no graficados son, 82.1% de los médicos confronta al paciente con su problema, mientras que el 17.9% no lo hace. Así mismo el 92.8% afirma que la acción modifica el cuadro clínico y sólo 7.2% lo niega.

b).- **MEDICOS. Afectividad:**

De acuerdo a las categorías de análisis y a los puntos abordados en cada condición, en las gráficas aparecen, por reactivo, las distribuciones porcentuales. Algunos datos no graficados son, "Da valor terapéutico de apoyo", lo cual fue contestado afirmativamente en un 92.9%.

c).- MEDICOS. Comunicación:

En las gráficas de esta categoría vale la pena resaltar la relativa a los factores que fomentan la comunicación, los cuales se distribuyen en forma más o menos homogénea. Igualmente, en el caso de los pocos médicos (57.1%) que reportaron referirse al paciente por su nombre. En esta categoría los datos no graficados son, "valora el silencio del paciente", lo cual se reportó en un 92.9%; y "el paciente no solicita atención oportuna", donde las respuestas se diversificaron en: i) por desinterés, ii) por falta de orientación, iii) por mala atención y, iv) porque pierde el tiempo. Otros datos no graficados son, "El médico da sugerencias para orientar al paciente" y las respuestas fueron 67.9% razones convencionales, información por medios de comunicación y promover campañas; en un 21.4% estructurar grupos de orientación especial. En la pregunta de que si hace una valoración integral, 89.3% la contestó en forma afirmativa.

d).- MEDICOS. Vocación:

En esta categoría sobresalen las gráficas que muestran diferentes alternativas de respuesta, donde se aprecian argumentos diferentes a los dicotómicos. La tercera gráfica (superior derecha) resulta interesante toda vez que reporta factores que el médico considera motivan o afectan su interés profesional, donde sobresale el bajo salario entre los que la afectan. En el caso de la sexta gráfica (inferior derecha) sobresale debido a que explora el tipo de acción terapéutica que realiza ante una crisis emocional y como se puede ver, no siempre (sólo en el 35.7%) prescribe fármacos. Otros datos no graficados son: en el 89.3% el médico dice que infunde confianza al paciente. La acción que ejerce ante una psicopatología temprana; las respuestas son 35.7% hace psicoterapia, 32.1% orienta al paciente y 14.3% hace derivación al especialista.

i).- PACIENTES. Relaciones personales:

En esta primera categoría, se presenta un panorama propicio para el ejercicio adecuado de la relación médico-paciente. Excepción hecha de la segunda gráfica (superior central), donde, muchas veces el paciente no conoce al médico que lo va a atender. La razón consiste en que muchas veces el médico "oficial" se encuentra en curso, de vacaciones o en tareas administrativas. Esto se apoya con algunos datos no graficados, tales como, "¿es usted atendido por diferente médico?", quienes contestaron en forma afirmativa en un 54.2%. Otro más consiste en la percepción que tiene el paciente acerca de la exploración de los antecedentes familiares, lo cual, según los pacientes, el médico no lo hace; ésto se afirmó en un 44.6%.

ii).- PACIENTES. Afectividad:

El conjunto de gráficas de esta sección resultan interesantes debido a que, en el caso de la primera existe una disparidad en cuanto a la percepción que tiene el paciente al momento de iniciar la consulta. Se siente incomprendido/a el 72.3% y las razones se ubican en la categoría 4 de la siguiente gráfica que es, atención deficiente, desinterés y mala comunicación. Este panorama se refleja también en la tercer gráfica ((inferior izquierda), donde, el 77.1% siente ansiedad ante el médico. Esta se reduce en el transcurso de la consulta; así lo reportó el 56.6%; y finalmente, el 73.4% percibe que al final de la entrevista termina satisfecho/a. Datos no graficados consisten solamente en que el 73.5% reportó que la relación médico-paciente la considera positiva.

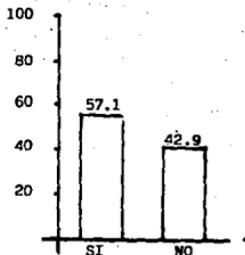
iii).- PACIENTES. Comunicación:

Mientras que el 57.1% de los médicos había reportado que se refería al paciente por su nombre. Este/a lo reafirma sólo en un 32.5% (Primera gráfica, superior izquierda). Igualmente existe un 38.6% que reporta ser tratado como "Señor/señora", lo cual percibe el paciente como cordial y respetuoso. Los demás datos explorados resultan positivos y alagadores para el paciente. Algunos datos no graficados son que el 73.5% reportó que el médico le dirige la mirada durante la entrevista y que el 77.1% es interrumpido por el médico durante el reporte del padecimiento.

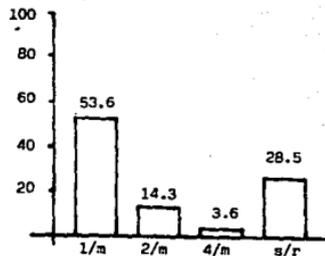
iv).- PACIENTES. Motivación:

De las cuatro gráficas mostradas, la segunda (superior derecha) muestra índices aproximados a la mitad de lo que los pacientes interpretan por entrevista dirigida. Posiblemente no sea comprendido el concepto, debido a que en la tercera (inferior izquierda) la mayoría (88.0%) perciben que el médico si les explica el tratamiento. Finalmente, también la mayoría sale motivada para comprometerse con el tratamiento prescrito por el médico. Datos no graficados corresponden a un 83.1% que considera que el médico si le explica su padecimiento.

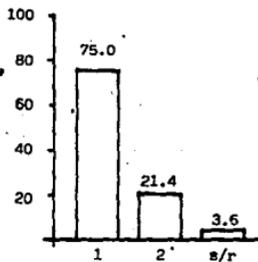
MÉDICOS: RELACIONES PERSONALES



El médico recurre al núcleo familiar como alternativa.

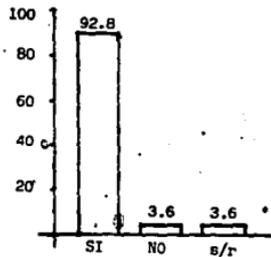


Número de veces por mes que el médico cita al núcleo familiar.

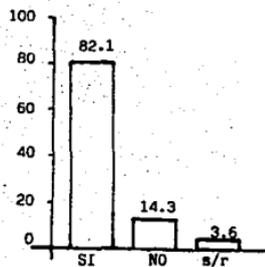


Razones para reunir al núcleo familiar:

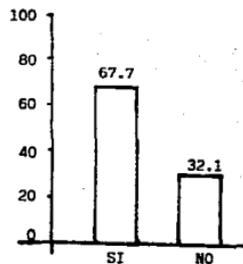
- 1.- Inspirar confianza y apoyar Dx.
- 2.- Detectar problemas familiares.



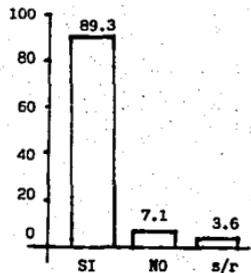
Percibe cambio de actitud en el paciente.



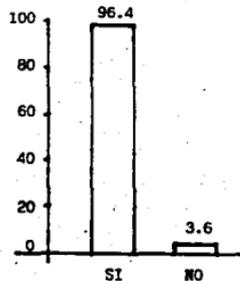
Logra vínculo afectivo con el paciente.



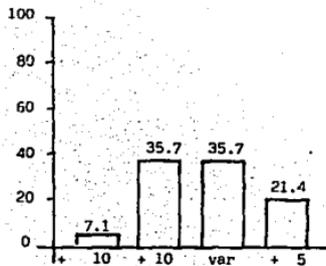
Influencia del paciente en el médico.



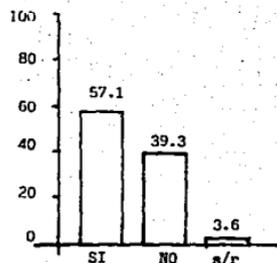
Proporciona apoyo terapéutico.



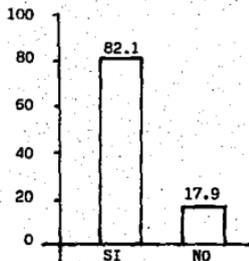
Utiliza explicación subjetiva



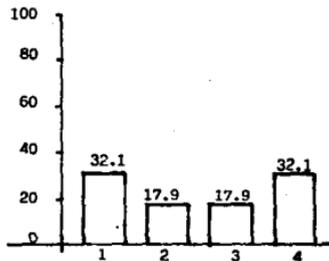
Tiempo de consulta (mínimo)



Trata al paciente por su nombre



Fomenta la comunicación.

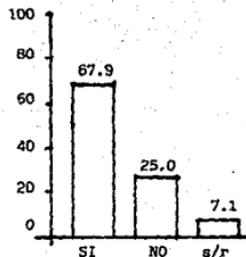


Factores que fomentan la comunicación

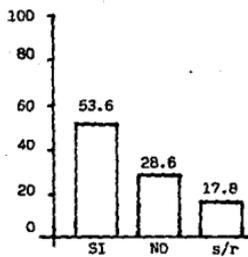
- 1.- Conversación
- 2.- Orientación
- 3.- Interés por el paciente.
- 4.- s/r

MEDICOS: Vocación

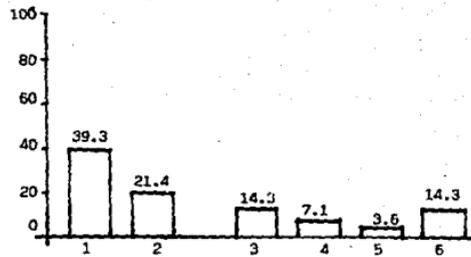
69



¿Ha asistido a cursos de dinámica familiar?

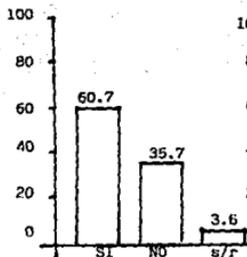


¿La medicina familiar (MF) responde a sus intereses profesionales?

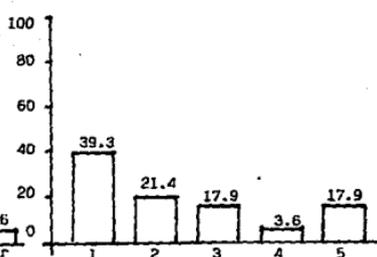


Factores que afectan o motivan los intereses profesionales del médico.

- 1.- Baja salario.
- 2.- No ejercer su especialidad.
- 3.- Mayor campo de acción de MF.
- 4.- MF como especialidad.
- 5.- Atención oportuna
- 6.- r/s

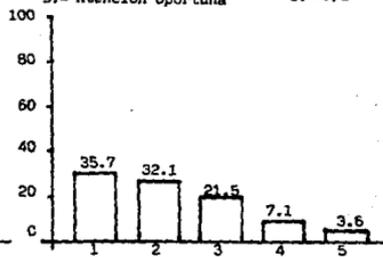


¿La medicina institucional modifica la RMP?



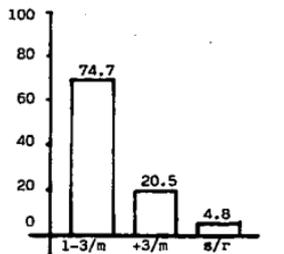
Factores que modifican la RMP

- 1.- Limitaciones técnicas y profesionales.
- 2.- Asistencia tradicional.
- 3.- Exceso de trabajo
- 4.- Personalidad del médico
- 5.- s/r

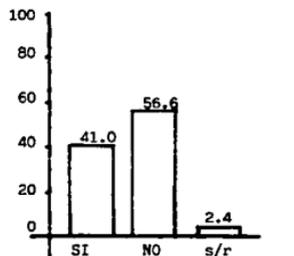


Terapéuta sobre la crisis emocional.

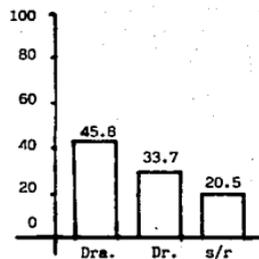
- 1.- Prescribe
- 2.- Apoyo emocional.
- 3.- Psicoterápis
- 4.- Envía al especialista.
- 5.- S/R



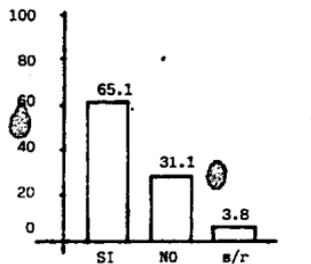
¿Cada cuándo asiste a consulta?
(por mes).



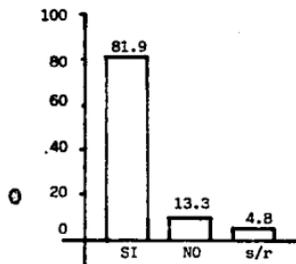
¿Conoce el nombre del médico?



Referencia de género en la
atención médica.



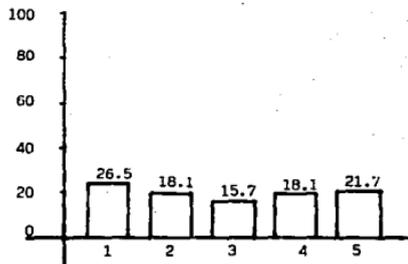
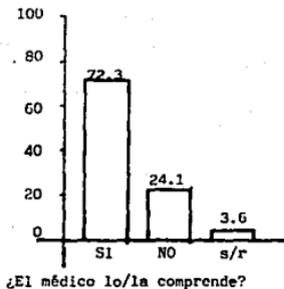
¿Consideran al médico como amigo?



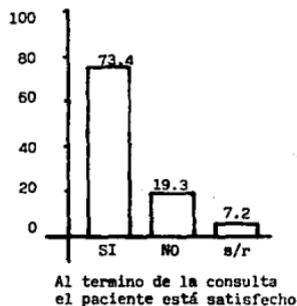
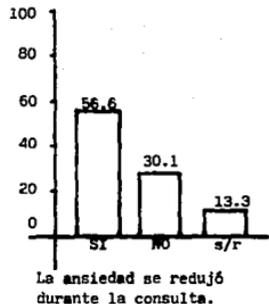
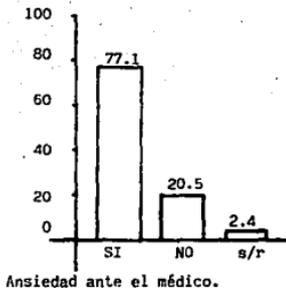
¿Trabajan en conjunto médico y
paciente?

PACIENTES: Afectividad.

71

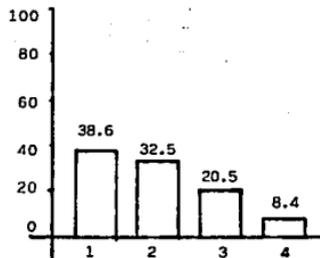


Motivos por los que el médico lo/la comprende o no:
 1.- Facilita la comunicación.
 2.- Muestra interés
 3.- Presta atención
 4.- Atención deficiente, desinterés mala comunicación.
 5.- s/r



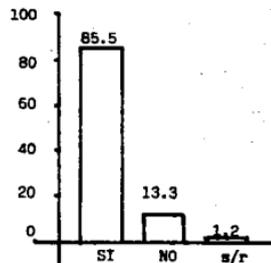
PACIENTES: Comunicación.

72

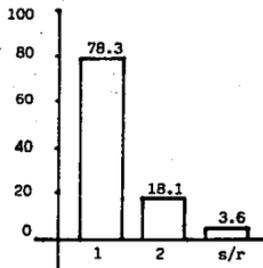


¿Cómo se refiere a usted?

- 1.- Sr. (a). 3.- No definido
2.- Nombre 4.- s/r

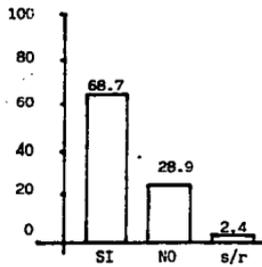


¿El médico lo/la escucha?

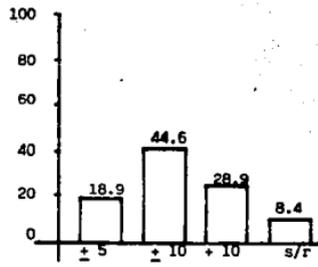


¿Quién hace apertura para el diálogo?

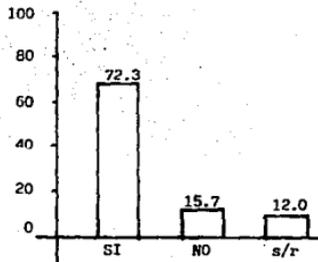
- 1.- El médico
2.- El paciente



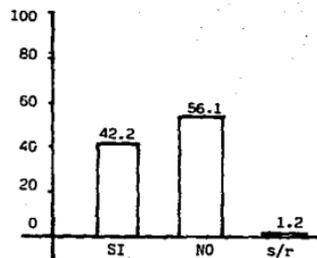
¿El médico propicia la comunicación?



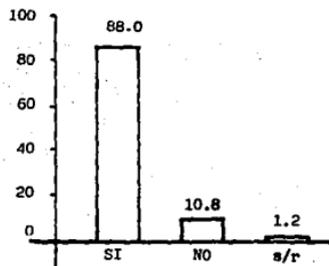
Duración de la consulta (minutos)



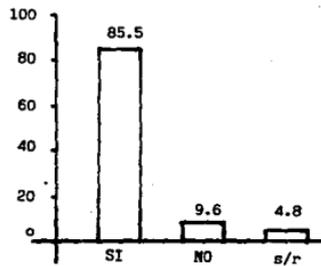
¿Acude oportunamente a consulta?



¿Hace el médico una entrevista dirigida?



El médico explica el tratamiento



El paciente se compromete con el tratamiento.

C A P I T U L O - 7

DISCUSION

El presente trabajo constituye un esfuerzo por poner en evidencia el fenómeno de la relación establecida entre el médico y el paciente en el momento de la entrevista. Encuentro en el cual se dan cita una serie de elementos de carácter psicológico dignos de ser tomados en consideración por "una de las partes", el médico, a fin de convertir la consulta en algo más que un encuentro entre alguien que demanda curación a sus malestares y otro personaje que cuenta con la posibilidad y la capacidad para proporcionárselo. En ella se establecen elementos de naturaleza profesional como es el caso del médico y otros relativos a una situación específica de conflicto expresados a través de una crisis en la salud del paciente.

Todo este marco referencial teórico llevado a la práctica, principalmente al contexto de la atención médica institucional, como es el caso del presente trabajo, requiere de un análisis más riguroso y demanda una adecuación a tal realidad. Es ya conocida la diferencia en la calidad de atención que brinda el médico en el ámbito profesional privado que en el sector público. Las razones resultan también por demás evidentes. Mientras que todo lo analizado en términos teóricos de los modelos que explican la relación médico-paciente es susceptible de aplicación en forma casi directa en la práctica privada, en el trabajo institucional resulta por demás difícil de aplicar. Las causas de tal separación no se remiten en forma exclusiva a las características personales del médico como miembro respaldado por una institución de salud, sino que tienen lugar otra serie de elementos dignos de considerar. El

médico en la institución es un empleado de la medicina el cual ve en el paciente no a un representante de la entidad de estudio para el abatimiento de la enfermedad y el restablecimiento de la salud, sino que el paciente se convierte en un un elemento unitario del gran volumen que ha de atender de una manera más apegada a los cánones de la institución que de acuerdo a los principios aprendidos en el estudio de la medicina.

Es por ello que al tratar de identificar elementos de naturaleza psicológica en el trato del médico hacia el paciente, resulta necesario delimitar características propias del medio en el cual se desenvuelve este encuentro.

Es innegable que desde la perspectiva psicológica y a pesar del deterioro en la calidad de la atención, continúan prevaleciendo elementos de confianza, voluntad, fe y esperanza que el paciente deposita en el médico consultante. Factores todos estos que contribuyen y favorecen al médico para el ejercicio de su labor. Sin embargo, pareciera ser que es justamente desde el punto de vista del médico desde donde se hacen las observaciones más pertinentes para que éste sea capaz de identificar estos elementos y los pueda utilizar para garantiza de una manera más efectiva su trabajo en el restablecimiento de la salud de su paciente.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede apreciar que, tanto médicos como pacientes atribuyen los problemas de la calidad del servicio a circunstancias ajenas a su persona. Mientras que el médico argumenta un volumen creciente en la demanda, pocas oportunidades de desarrollo profesional, poco reconocimiento por parte de la institución a su trabajo, etc. como causa del deterioro de la calidad del servicio otorgado; el paciente por su parte, le atribuye al médico la responsabilidad de tal situación. Resulta por lo tanto evidente que en ambos existe una manifestación abierta, y al parecer, justificada para admitir que cada uno desempeña en forma adecuada su papel como médico y como paciente

respectivamente; sin que reconozca ninguno errores cometidos en sus respectivas responsabilidades.

En cuanto a los resultados obtenidos, se puede apreciar que a pesar de las dificultades, tanto institucionales como de la relación médico paciente en particular, los pacientes salen satisfechos de la consulta.

Una observación adicional es dirigida a los pacientes, en quienes, a pesar de contar con los elementos mínimos necesarios para conceptualizar su papel en el ámbito de la relación médico-paciente, es el hecho de asumir un papel pasivo en la demanda de servicio. Es decir, la recomendación a los pacientes, se enfoca a resaltar elementos de asertividad para demandar y exigir al médico una explicación sobre su padecer, sobre el tratamiento, trato general como paciente, así como el papel que ha de jugar en el restablecimiento de su salud. Así mismo, asumir una responsabilidad en cuanto al aprendizaje de estrategias sobre el cuidado de la salud a fin de que el encuentro con el médico se convierta en algo más que un depósito de su voluntad en las manos de un profesional que sea una relación donde se conjuguen factores profesionales e institucionales por parte del médico, pero también otros de tipo humano, como la cordialidad, simpatía, empatía y trato de sentido común por parte de ambos.

C A P I T U L O - 8

CONCLUSIONES

El planteamiento de esta tesis apunta a delimitar el fenómeno de la relación médico-paciente a través de la base psicológica que la sustenta, lo que implica la tarea de identificar elementos precisos susceptibles de modificar a fin de llevar a cabo esta práctica, de una manera más efectiva y de mejor calidad, sin que por ello el médico prescinda de su profesionalismo.

El análisis de los resultados revela que, cotidianamente en la práctica médica, se manejan con fluidez factores psicológicos, que a pesar de estar presentes y ser reconocidos no son valorados ni aprovechados en su totalidad, pese a la extraordinaria implicación y la profunda significación de estos factores en la enfermedad.

La frecuencia con la que el médico tiene contacto con el paciente y más enfáticamente con el núcleo familiar constituyó un parámetro importante como forma de saber el interés que tiene este profesional con los demás integrantes de su grupo de atención. Como se pudo ver, 53.6 % lo hacen cada mes, lo cual para efectos institucionales constituye un indicador de atención desde el punto de vista preventivo ya que este encuentro significa para el médico una oportunidad para identificar problemas familiares, que puedan ser detectados a tiempo y evitar que se conviertan en patología. El interés básico que existe en el núcleo familiar le permite aprovechar la anamnesis de este grupo, lo que favorece el acercamiento y la posibilidad de actuar de manera más directa. La verdadera función del médico sólo puede realizarse cuando establece

psicológica que supone siempre una dimensión inconsciente (transferencia), y confronta al paciente con su problemática. Esta técnica tiene especial importancia en relación con el tratamiento, ya que a través de este proceso el médico ayuda al paciente a entender el significado de sus emociones y lo enseña a superar sus problemas mediante la maduración de su personalidad.

Cuando algún paciente presenta una crisis emocional o la fase temprana de algún padecimiento psicopatológico, se le brinda apoyo emocional y en un bajo porcentaje se emplean técnicas psicoterapéuticas (sin especificar cuáles). Esto habla de la experiencia y de los conocimientos del médico en el terreno de la psicoterapia y su aplicación práctica en medicina familiar.

Otro elemento digno de análisis consiste en que muchos médicos tomaban la decisión de abordar al paciente directamente, brindándole apoyo emocional y comprensión como una estrategia psicoterapéutica en lugar de canalizar al paciente con el especialista o de prescribirle fármacos. Esto marca un elemento importante, en primer lugar porque fue el mismo médico quien lo manifestó y en segundo lugar porque sabe del efecto que tiene el manejo de las emocionalidades para la elaboración del diagnóstico así como para llevar a cabo el tratamiento.

En el contexto institucional se considera que el deterioro de la atención el médico lo atribuye primordialmente a tres razones: en la misma proporción las limitaciones técnicas y el tipo tradicional de asistencia; en tercer, lugar el exceso de trabajo. Esto se refleja en la alta afluencia de pacientes que se traduce en una atención limitada de aproximadamente 10 minutos por consulta, con lo cual resulta evidente que no es suficiente para la atención integral pretendida.

Vale la pena señalar que, en cuanto a las sugerencias aportadas para el mejoramiento del servicio, los médicos no mencionan el

una relación profunda con el paciente, que permite conocerlo a fondo. No obstante que los médicos afirman que se interesan por núcleo familiar, a un elevado porcentaje de pacientes no se les preguntó por sus relaciones familiares. Aunque algunos médicos afirman que resuelven la problemática familiar por medio de reuniones.

En lo relativo a los aspectos psicosociales que pueden estar relacionados con la enfermedad, el médico valora el hábitat exterior del paciente, lo que le permite ampliar su acción. En la entrevista médica, el lenguaje hablado no es el único medio de comunicación, el paciente aporta información a través de la expresión corporal, las actitudes y reacciones emocionales, lo cual es percibido por el médico que toma en cuenta el comportamiento, el discurso y silencios del paciente y se forma una idea de su personalidad. En este mismo nivel, al interesarse el médico por los cambios emocionales que el paciente origina en él logra una autocrítica y comprensión de sí mismo y, bajo este conocimiento se vuelve sensible a la conducta y sentimientos del paciente. La principal forma de abordarlos es mediante el apoyo emocional y la comprensión, lo cual puede interpretarse como una estrategia psicoterapéutica ventajosa para el paciente.

A través del diálogo, el médico hace uso de la palabra como un instrumento de valor terapéutico fundamental; su acción psicoterapéutica se debe en parte a que el paciente expresa sus problemas en una atmósfera de comprensión. El sólo hecho de ser escuchado, comprendido y que pueda desahogarse suprime su malestar por la vía psicológica. De igual manera, la explicación que el médico le brinda de su padecimiento es satisfactoria; lo que le permite tener confianza, y trabajar en unión con el médico, y así participar activamente en su restablecimiento.

En el caso en que el cuadro clínico se ve afectado por sus reacciones emocionales, el médico pone en práctica su acción

acercamiento al paciente en un nivel subjetivo; lo que permite deducir en términos generales, que el médico hace atribuciones a circunstancias externas las razones de las deficiencias reportadas por el paciente. y, por otro lado, desaprovecha sus conocimientos psicológicos que son empleados y manejados con reserva.

Los pacientes por su parte manifestaron que el médico los escucha con atención, lo que confirma el vínculo del deseo de hablar y de encontrar receptor, con lo cual se inicia la catarsis y el tratamiento psicoterapéutico. El caso contrario fueron aquellos médicos (aunque pocos), que reconocieron no estar conscientes de la necesidad de sus pacientes para hablar y ser escuchados, lo cual alteraba el curso de la entrevista.

Limitaciones y Sugerencias.

Las conclusiones extraídas del presente estudio son el resultado de una muestra no representativa ni probabilística, por lo que no podrán generalizarse a otra población, aún con algunas características comunes. Por esta razón se aconseja emplear muestras aleatorias de mayor tamaño en estudios posteriores.

La aplicación del instrumento de investigación se realizó en el área de trabajo y asistencia en horas laborales, por lo que se sugiere que en futuras investigaciones se lleve a cabo por personas no involucradas con el trabajo.

No se realizó una observación directa del encuentro médico-paciente, de ahí que se proponga realizarla en un estudio posterior para hacer la valoración al momento del encuentro. Así mismo, es aconsejable realizar un estudio longitudinal en el que se observaría el desarrollo de la relación y sus logros a largo plazo.

Los médicos son llamados cada vez con mayor frecuencia a colaborar en distintos ámbitos para reforzar el nivel de bienestar personal y familiar, a percibir precozmente los problemas y desajustes emocionales y conductuales y, prevenir patologías más severas. Los factores psicológicos que son manejados cotidianamente son satisfactorios y es factible recomendar el uso más frecuente de técnicas psicoterapéuticas para brindar una atención integral y más humana al paciente.

De esta manera se pueden llevar a cabo estrategias psicoterapéuticas en el nivel más amplio, como formas de atención al paciente más que al padecimiento. Esto permitirá al profesional de la salud comprender que muchos de los padecimientos reportados por el paciente se sustentan en una base o estructura emocional de queja, de falta de atención. Ante lo cual él debe ofrecerse, más que como una alternativa técnica de la medicina, como un receptor en el saber escuchar.

En la medida en que el médico sea capaz de aceptar tal condición podrá comprender que su trato profesional no se remite a la interpretación del paciente como un huésped de ciertos gérmenes patógenos, sino ante una persona, de la cual aprenderá, tanto para su estrategia de abordaje, como para la interpretación de la sintomatología de la cual él conoce sólamete su manifestación en términos científicos como los aprendió.

La influencia psicoterapéutica que tiene el médico sobre sus pacientes, posiblemente no sea entendida cabalmente por él como representante de la institución, como tampoco puede enterarse del poder que es capaz de ejercer como representante de su profesión. Ante esta situación, en lugar de convertirse la entrevista en una situación de conflicto y confrontación, se vuelve un encuentro cordial y de confianza, donde el paciente deposita en el médico la voluntad y la fe para creer la explicación que sobre su padecimiento le da el médico.

CAPITULO - 9

ANEXOS

Cuestionario para los MEDICOS

DATOS GENERALES:

- 1.- Nombre(Opcional) _____
- 2.- Sexo: M _____ F _____ 3.- Edad; _____
- 4.- Estado Civil _____ 5.- Año de titulación _____
- 6.- Especialidad: _____ 7.- Antigüedad _____
- 8.- ¿Presta servicios en otra institución? _____
- 9.- En caso afirmativo, ¿en cuál? _____
- 10.- ¿Practica su profesión en forma privada? _____

INSTRUCCIONES: Conteste por favor con sinceridad la siguientes preguntas.

- 1.- ¿En su contacto con el paciente, se dirige a él por su nombre?
Si _____ No _____

- 2.- Señale el tiempo promedio que dedica a cada paciente
5 min. _____ 10 min. _____ más de 10 min. _____

- 3.- ¿Presta atención a los cambios emocionales que causan en usted los pacientes? Si _____ No _____

- 4.- Cuando se presenta la ocasión, ¿se interesa por la explicación emotiva que de su padecimiento hace el paciente?
Si _____ No _____

- 5.- ¿Infunde confianza en sus pacientes para lograr que asuman una actitud positiva respecto a su padecimiento?
Si _____ No _____
- 6.- ¿La institución le brinda el apoyo técnico y profesional para el ejercicio satisfactorio de su profesión?
Si _____ No _____
- 7.- ¿Piensa usted que la medicina institucional modifica su actitud para impartir asistencia médica? Si _____ No _____
¿Por qué? _____
- 8.- ¿Responde la Medicina Familiar a sus intereses profesionales?
Si _____ No _____ ¿Por qué? _____
- 9.- En su ejercicio de la consulta diaria, ¿valora el hábitat exterior del grupo familiar? Si _____ No _____
- 10.- Ante una problemática del grupo familiar, ¿cita a este núcleo para resolver su caso? Si _____ No _____
- 11.- ¿Con qué frecuencia lleva a cabo estas reuniones? _____
Los resultados que ha obtenido, has sido:
Alentadores _____ Negativos _____
- 12.- ¿Considera posible la existencia de vínculos afectivos con los pacientes? Si _____ No _____
- 13.- ¿Demuestra actitudes que indiquen su interés, comprensión y deseo de ayudar al paciente? Si _____ No _____
- 14.- En su relación personal con el paciente, ¿percibe cambios importantes en su actitud? Si _____ No _____
- 15.- ¿Proporciona apoyo emocional a sus pacientes? Si _____ No _____

- 16.- ¿Considera que este apoyo puede tener valor terapéutico?
Si _____ No _____
- 17.- ¿Valora el silencio del paciente como índice de algún conflicto emocional? Si _____ No _____
- 18.- ¿Qué medidas toma cuando un paciente sufre una crisis emocional? _____
- 19.- ¿Lo anima a continuar su relato en esos momentos?
Si _____ No _____. ¿De qué manera? _____
- 20.- ¿Llama la atención del paciente sobre algunas de sus acciones que expresen emociones y sentimientos que modifiquen su cuadro clínico? Si _____ No _____
- 21.- ¿Confronta al paciente con su problemática? Si _____ No _____
- 22.- ¿Qué medidas toma ante un paciente que presenta una fase temprana de algún padecimiento psicopatológico?

- 23.- ¿Ha asistido a cursos sobre dinámica familiar? Si _____ No _____
- 24.- ¿Cuál es su opinión respecto a que el paciente no solicite oportunamente el servicio médico? _____
- 25.- La valoración integral del paciente, tomando en consideración las manifestaciones emocionales relacionadas con la sintomatología, ¿beneficiaría la salud del paciente?
Si _____ No _____

26.- En Medicina Familiar se tienen excepcionales oportunidades de abordar e influir en las relaciones interpersonales del grupo familiar, ¿en qué medida las aprovecha?

___ para tener antecedentes que el paciente no proporciona

___ para crear confianza en el paciente

___ para obtener información de su grupo de referencia

___ para detectar fallas en la comunicación familiar

___ Otra, ¿cuál? _____

27.- El público en general debe conocer el uso adecuado de los servicios que proporciona la institución. ¿Puede sugerir alguna medida para que esto se lleve a cabo?

Gracias por su colaboración.

Cuestionario para el/la PACIENTE

DATOS GENERALES:

- 1.- Nombre _____
 2.- No. de afiliación: _____ Consultorio _____
 3.- Edad: _____ 4.- Sexo: M _____ F _____ 5.- Edo. Civil _____
 6.- Escolaridad _____ 7.- Ocupación: _____

INSTRUCCIONES:

Por favor conteste con sinceridad y exactitud las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Con qué frecuencia ha asistido a consulta en los tres últimos meses? De una a tres veces _____ más de tres veces _____
- 2.- ¿Sabe usted el nombre de su Médico Familiar? Si _____ No _____
- 3.- ¿Siempre lo(a) atiende el mismo médico? Si _____ No _____
- 4.- ¿Se siente satisfecho(a) con el médico? Si _____ No _____
- 5.- ¿Cómo se dirige a usted el médico?
 Por nombre _____ Sr. (a) _____ Otro _____
- 6.- ¿El médico le permite explicar ampliamente su padecimiento?
 Si _____ No _____
- 7.- ¿Quién inició el diálogo? Usted _____ El médico _____
- 8.- ¿Desearía que lo(a) hubiera atendido de preferencia un(a)
 Dr. _____ Dra. _____
- 9.- ¿El médico se dedica sólo a hacer preguntas? Si _____ No _____

- 10.- ¿Se siente comprendido(a) por el médico? Si _____ No _____
¿Porqué? _____
- 11.- La explicación que le dió el médico, ¿la comprendió perfectamente? Si _____ No _____
- 12.- El médico que lo(a) atendió...
La(o) miró cuando usted hablaba Si _____ No _____
La(o) escuchó con atención Si _____ No _____
- 13.- El médico le explicó los pasos a seguir para su recuperación?
Si _____ No _____
- 14.- Después de asistir al médico, ¿se siente relajado(a)?
Si _____ No _____
- 15.- ¿El médico le preguntó algo respecto a su familia? Si _____ No _____
- 16.- ¿Acude usted a solicitar consulta en cuanto...
Se siente enfermo(a) Si _____ No _____
Deja evolucionar su enfermedad Si _____ No _____
- 17.- ¿Le da el médico tiempo suficiente para detallar su enfermedad? Si _____ No _____
- 18.- ¿Puede considerar al médico como un amigo? Si _____ No _____
- 19.- Cuando usted interrumpe su relato, ¿el médico lo(a) ayuda a continuar? Si _____ No _____
- 20.- Se siente comprometido(a) a seguir el tratamiento recomendado?
Si _____ No _____
- 21.- ¿Trabaja en unión del médico para lograr su restablecimiento?
Si _____ No _____

22.- En su consulta, ¿sintió antustia ante el médico? Si___ No___

23.- ¿Se redujo su andiedad en el transcurso de la consulta?
Si___ No___

24.- ¿Cuánto tiempo duró su consulta?: 5min___ 10min___ + 10min___

25.- ¿El médico lo(a) interrumpe con frecuencia? Si___ No___

Gracias por su colaboración.

BIBLIOGRAFIA.

- Aguila Naum, V. y cols.; "La relación médico-paciente valorada por el enfermo". Boletín de Psicología, Cuba, sept-dic, 1986. Vol. 9(3), pp129-148.
- Balint, Enid y J.S.; (Compiladores), 1973. Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general; Paidós. México.
- Balint, M., 1976.; Técnicas psicoterapéuticas en medicina; Siglo XXI. México.
- Balnit, M., 1961; El médico, el paciente y la enfermedad; Paidós, Buenos Aires.
- Basaglia. F.; 1978; La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud. Nueva Imágen, México.
- Bellak, L., 1965. Psicología de las enfermedades orgánicas; Horme, Buenos Aires.
- Bellak, L., 1970. Psicoterapia breve y de emergencia; Pax-México.
- Bensaid, N., 1976. La consulta médica. Siglo XXI, México.
- Birdwisthell, H. en Davis, F., 1982. La comunicaciónno verbal; Alianza, México.
- Bleger, J., 1971. Témas de Psicología (Entrevista y Grupos); Nueva Visión. Buenos Aires.

- Briand, B., 1960. La conversación con los pacientes; Vitae Solis. Buenos Aires.
- Buitrago, L.; "Relación médico-paciente. Su utilización por estudiantes de medicina". Boletín de Psicología. La Habana Cuba, 1985, Vol. V, No. 1 pp. 95-99.
- Canguinhem, G., 1978. Lo normal y lo patológico. Siglo XXI. México.
- Chavarría, C.; "La primera consulta". Acta Médica. 1981, Vol. XXIII, No. 89; Ene-Mar. pp. 73-81.
- Cobos, F., 1972. Psiquiatría Infantil; Fonde, Bogotá.
- Covinsberg, E.; 1981. Sociedad, Salud y Enfermedad Mental. Universidad Metropolitana. México.
- Datz, I.; 1981. "La relación médico-paciente. Un estudio psicoanalítico". Tesis Lic. UNAM, Fac. de Psic. México.
- Diaz-Guerrero, R.; 1959. Tres contribuciones a la psicoterapia; UNAM, México.
- Dominguez, B.; "La relación médico-paciente: Psicoterapia vs. Iatrogenia. Algunas consideraciones". Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, 1980, Vol. XXI No. 2, pp. 48-51.
- Dubois, R.; 1979. El espejismo de la salud; F.C.E. México.
- Dudet, L.; 1986. "El rol del paciente psiquiátrico hospitalizado. Un estudio psicosocial a partir de la propia experiencia". Tesis Lic., Fac. de Psic. UNAM, México.

- Escuela Superior de Medicina, I.P.N., Depto. Psicométrico y de Orientación Educativa. Psicología Médica, 1986
- Facultad de Medicina, U.N.A.M.; Programa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Programa Psicología Médica; Abril, 1986.
- Ferrari, H.; "Interconsulta médico-psicológica y la relación médico-paciente". Acta Psiquiátrica y psicológica de la América Latina, 1983, Vol. 9(1), pp. 178-186.
- Ferrari, H.; 1979. Asistencia institucional. Nuevos desarrollos en la interconsulta médica psicológica. Nueva Visión. Buenos Aires
- Freud, S.; 1904. Sobre psicoterapia, Obras Completas. Tomo I, Biblioteca Nueva. México.
- Freud, S.; 1895. Psicoterapia de la histeria; Obras Completas Tomo I. Biblioteca Nueva. México.
- Freud, S.; 1905. Psicoterapia. Tratamiento para el espíritu; Obras Completas, Tomo I. Biblioteca Nueva. México.
- Freud, S.; 1912. La dinámica de la transferencia; Obras Completas, Tomo II. Biblioteca Nueva. México.
- Freud, S.; 1933. Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. Tomo III. Biblioteca Nueva. México.
- Freud, S.; 1950. On psychotherapy collected papers. Vol. I, Hogarth, Londres.
- Fridman, A.M.; 1975. Compendio de Psiquiatría. Salvat, Barcelona.
- Fuente de la, R.; 1959. Psicología médica. F.C.E. México.

- Fuente de la R.; "La enseñanza de la psicología médica en la Facultad de Medicina". Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 1984, Vol. 27, Fac. 4 pp 164-167.
- Fuente de la R.; "Medicina y humanismo". Acta Medica, 1987, Vol. XXIII, No. 89, Ene-Mar., pp 5-7.
- Fuente de la, R.; 1988. Cuadernos de psicología médica y psiquiátrica; UNAM, Fac. Medicina. México.
- Gardfield, S.; 1979. Psicología clínica. Estudio de la personalidad y la conducta. El Manual Moderno. México.
- Gasca-Morales, M.; 1986. "La contratransferencia". Tesis Lic., Fac. Psic. UNAM. México.
- Gaza León, J.; "Vigencia y permanencia de la relación médico-paciente. Un análisis multidimensional". Boletín de Psicología de la Habana, 1981, Vol. IV, No. 1, pp.389-393.
- Gaza León, J., Veronkon, G. y Bleger,; "La relación médico-paciente en la medicina somática. Boletín de Psicología de la Habana. 1981, Vol. 4 No. 1, pp. 370-372.
- Gonzalez, M.R.; 1984. Recursos terapéuticos psiquiátricos para el médico general. Ministerio de Salud Pública. Hospital psiquiátrico de la Habana.
- Hollander, E., 1978. Principios y métodos en Psicología Social; Amorrortu, Buenos Aires.
- Hospital Psiquiátrico de la Habana. 15 de mayo 1980; Psicología y Medicina. Ministerio de Salud Pública. Mesa redonda, Documento inédito. La habana Cuba. pp.33.

- Hospital Psiquiátrico de la Habana; 1982. Boletín de Psicología; Ministerio de Salud Pública. Vol. V, No. 1, Ene-Abr.
- Hospital psiquiátrico de la Habana; 1983. Boletín de Psicología; Vol. VI, No. 3; Sept-Dic. La Habana, Cuba.
- Jeanmet, Ph.; 1982. Manual de Psicología Médica; Masson, Barcelona.
- Jinich, H.; 1986. El médico, el enfermo y la medicina. Fac. Medicina UNAM. Serie Nuevos Maestros. México.
- Jores, A.; 1976. La medicina en la crisis de nuestro tiempo; Siglo XXI. México.
- Jores, A.; 1961. El hombre y su enfermedad; Labor, Barcelona.
- Kolb, L.; 1976. Psiquiatría Clínica Moderna; La Prensa Médica Mexicana. México.
- Kretschmer, E.; 1966. Psicología Médica; Labor, S.A.; Barcelona.
- Lagache, D.; 1975. La teoría de la transferencia. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Lain Entrango, P.; 1970. El médico y el enfermo; Guadarrama. Madrid.
- Lain Entrango, P.; 1983. La relación médico-enfermo. Alianza Universidad. Madrid.
- Liberman, D.; 1966. La comunicación en terapéutica psicoanalítica. Eudeba, Buenos Aires.

- López-Jimenez, J.; 1983. "La importancia de la consulta externa y el médico general en la detección de trastornos de tipo emocional". Tesis Lic. Fac. de Psic. UNAM, México.
- Manzanilla, S. y Cervantes, R.; "Algunos aspectos y conductas en la atención quirúrgica inttitucional". Semana médica de México, 1984; Vol. 101 No. 6 Jun. pp. 194-198.
- Martínez-Cortes, F.; 1979. "La relación médico-paciente". Trabajo inédito, Simposio Syntex. México.
- Martínez-Cortes, F.; 1979. "Consulta médica y entrevista clínica". Medicina del hombre en su totalidad. Puntos Básicos, México.
- Martínez Piña, A.; 1973. Patología psicósomática en la clínica médica y psicológica. Científico-médica. Barcelona.
- Molteniuk, T.; 1962. "Medicina psicósomática. Conceptos psicológicos y aplicación de la medicina psicósomática". Tesis Lic. Fac. de Psic. UNAM. México.
- Nahoum, C.; 1985; La entrevista psicológica. Kapeluz. México.
- Normand, W.; 1967; "A systematic approach to brief therapy for patients from a low socio-economic community". Comm. Mental Health. Vol. 3 No. 1, pp 349-354.
- Perez Moreno, T. "La relación médico-paciente en el cuerpo de guardia"; 1986. Boletín de Psicología: Vol. VI, No. 3; La Habana, Cuba.
- Pick, S.; 1979. Cómo investigar en Ciencias Sociales. Trillas, México.

- Rey, Andre.; 1962. El examen clínico en psicología. Kapeluz. Buenos Aires.
- Rey Ardid, R.; 1951. Psicología Médica. Espax, S.A.; Barcelona.
- Rivero, S.; "La relación médico-paciente en la medicina institucional". Trabajo inédito, Simposio Syntex. México.
- Rodrigues, A.; 1987. Psicología Social. Trillas, México.
- Rojas-Soriano, R.; 1976. Guía para la investigación en Ciencias Sociales. UNAM, México.
- San Martín, H.; 1964. Salud Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana.
- Schneider, P.; Psicología aplicada a la práctica médica. 1974. Paidós, Buenos Aires..
- Schufer, M.; "Satisfacciones e insatisfacciones en la relación médico-paciente". Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, 1983. Vol. 29(4), pp. 277-282.
- Seymour, C.; 1986. Elaboración de la historia clínica. El Manual Moderno. México.
- Souza y M.; "La relación médico-paciente. Esencia de la relación médica". Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 1985, Abr-Jun, Vol. 28(2), pp. 141-151.
- Sullivan, H.; 1987. La entrevista psiquiátrica. Psiqué, Buenos Aires.
- Trujillo, G.; "El ejercicio integral de la medicina". Gaceta Médica de México, 1989; Vol. 125, Nos. 1 y 2 Ene-Feb., pp. 55-60.

- Trujillo P.; 1985. "Depresión en el paciente hospitalizado con intervención quirúrgica". Tesis Lic. Fac. de Psic. UNAM, México.
- Uribe, E.; "Corrientes actuales en la formación de médicos". Simposio. Gaceta Médica de México; 1989. Vol. 125 Nos. 5 y 6; May-Jun. pp. 125-144.
- Vejar Lacave, C.; "La palabra del médico". Gaceta Médica, 1980. Vol. 116, No. 11 Nov. pp. 158-162.
- Wexler, M. y Mc Kinney, L.; 1979. La historia clínica. Ayude a su paciente a exponer su caso. P.L.M., México.
- Zilboorg, G.; 1968. Historia de la psicología médica. Psiqué, Buenos Aires.