

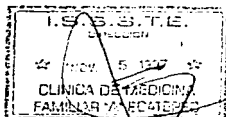
11226  
21  
31

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ECATEPEC ISSSTE

RELACION MEDICO PACIENTE AL FINALIZAR EL  
PRIMER AÑO DE LA SEGUNDA ETAPA DEL CURSO  
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MEDICOS GENERALES DEL ISSSTE



TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

DRA. HILARIA MA. DE JESÚS BRENES CORDOBA.

MÉXICO, D.F. A 28 DE OCTUBRE DE 1997.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

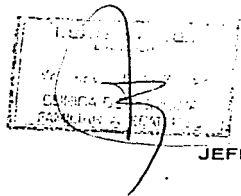
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:**

**DRA. HILARIA MA. DE JESÚS BRENES CORDOBA**

**RELACIÓN MÉDICO PACIENTE AL FINALIZAR EL  
PRIMER AÑO DE LA SEGUNDA ETAPA DEL CURSO  
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES DEL ISSSTE**



AUTORIZACIONES

-----  
**DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

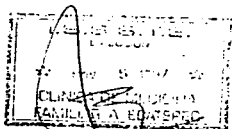
*Orizmas*  
-----  
**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

*M*  
-----  
**DRA. MA DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY**  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA**

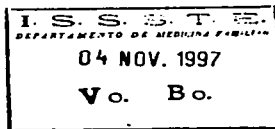
**DRA. HILARIA MA. DE JESÚS BRENES CORDOBA**

**RELACIÓN MEDICO PACIENTE AL FINALIZAR EL  
PRIMER AÑO DE LA SEGUNDA ETAPA DEL CURSO  
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES DEL ISSSTE**



**AUTORIZACIONES**

-----  
**DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**  
**ASESOR DE TESIS**  
**PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR UNAM.**



-----  
  
**DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE.**

### **A DIOS**

**POR HABERME DADO UN SER QUE CUIDAR, A MI MISMA, POR LO QUE ES MI RESPONSABILIDAD SER POSITIVA, EXITOSA Y CREADORA, SOY LA ARQUITECTA DE MI DESTINO. GRACIAS POR ESTAR CONMIGO EN LOS MOMENTOS DIFICILES, POR DARNIE LA INTELIGENCIA DE SALIR ADELANTE Y POR ENSEÑARME A DISFRUTAR CADA MOMENTO DE MI VIDA.**

### **A RAY Y RODRI**

**GRACIAS POR REGALARME SU TIEMPO, POR COMPRENDERME, SIEMPRE LOS LLEVO EN MI CORAZON EN TOOO LO QUE EMPRENDO. LOS AMO**

### **A CHELO, MARIO, EMA, CRIS, ITO Y ANDRES**

**POR SER PARTE DE MI ESENCIA, NACIMOS DE LA MISMA ENERGIA Y TENEMOS LA MISMA SANGRE, CRECIMOS COMPARTIENDO, PLEITOS, RECONCILIACIONES, JUEGOS ILUSIONES Y MUCHO AMOR, LO CUAL NOS HA LLEVADO A UNA GRAN UNION. GRACIAS POR SU APOYO.**

### **A MAYO**

**POR QUE A LARGO DE ESTOS 22 AÑOS HEMOS CAMINADO JUNTOS, POR QUE ME HAS DADO LA OPORTUNIDAD DE DESARROLLARME COMO MUJER, PROFESIONISTA, ESPOSA Y MADRE, GRACIAS POR TU APOYO. TE AMO**

### **A MANUEL Y MAURITA**

**HE APRENDIDO HA VALORARLOS DIA CON DIA, A PAPA POR SU GRAN RESPETO HACIA SUS HIJOS, A MAMA POR SU GRAN ENERGIA DE SALIR ADELANTE. DONDE QUERA QUE ESTEN QUIERO DECIRLES QUE LOS AMO MUCHO, LES AGRADEZCO EL HABERME DADO LA VIDA Y CEER EN MI. LOS EXTRAÑO**

**MARY CHUY.**

# **ÍNDICE GENERAL**

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>1.- MARCO TEÓRICO</b>              | <b>1</b>  |
| <b>2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> | <b>32</b> |
| <b>3.- JUSTIFICACIÓN</b>              | <b>33</b> |
| <b>4.- OBJETIVOS</b>                  | <b>35</b> |
| <b>5.- METODOLOGÍA</b>                | <b>36</b> |
| <b>6.- RESULTADOS</b>                 | <b>38</b> |
| <b>7.- DISCUSIÓN</b>                  | <b>40</b> |
| <b>8.- CONCLUSIONES</b>               | <b>44</b> |
| <b>9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> | <b>46</b> |
| <b>10.- ANEXOS</b>                    | <b>50</b> |

## **MARCO TEÓRICO:**

### **HISTORIA:**

La Relación Médico-Paciente es muy antigua, una de las más antiguas en las crónicas de la experiencia humana. Ante el dolor, la angustia y la muerte el hombre tiene advertencia de su desamparo y pide ayuda al que tiene el poder y la voluntad de ayudar: el brujo, el sacerdote, el médico etc.

Las circunstancias históricas y culturales han modelado la Relación Médico-Paciente y en las distintas épocas los enfermos fueron y son vistos desde perspectivas diferentes. Desde un punto de vista mágico, la enfermedad es atribuida a las influencias malignas de otros, el enfermo es quien esta embrujado y el tratamiento está a cargo de un mago o un hechicero. Moralmente se asume que el enfermo es causante de su enfermedad y que ésta es un castigo por su mala conducta, el tratamiento esta a cargo del sacerdote. Científicamente la enfermedad es vista como algo natural y el tratamiento lo hace un médico científico.

Socialmente se considera que la persona es afectada por las condiciones adversas de la sociedad en que vive, que es la que realmente esta enferma y necesita curación.(1)

A lo largo de la historia, hasta nuestros días y congruente con las ideas prevalecientes en cada época, la medicina fue sacerdotal entre los Egipcios, filosófica en las ciudades griegas, pragmática en el imperio Romano, religiosa en la Edad Media y humanista durante el Renacimiento. La actividad del médico se convirtió en científica gracias a la evolución del pensamiento humano y al principio que las ciencias fueron adquiriendo en los círculos ilustrados de la sociedad.(2)

El advenimiento de las sulfonamidas y de las penicilinas provocó un rápido y explosivo avance de la medicina científica, produciéndose una gran cantidad de conocimientos haciendo imposible que una persona fuera experta en todas las ramas médicas, por lo que se inicio la fragmentación de la profesión dando lugar a las especialidades, lo que favoreció la calidad de atención médica, generando la despersonalización en el trato médico-paciente.(3)

## DEFINICIONES EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:

La Relación Médico Paciente es un encuentro entre dos personas, determinado por las intenciones conscientes e inconscientes de ambos participantes.

La intención del médico es conseguir la curación o el alivio del enfermo, pero en ocasiones ve al paciente como un objeto de lucro, un instrumento para aumentar su prestigio o un objeto útil para la investigación.

La intención del paciente es conocer la naturaleza de su enfermedad para recuperar su salud o refugiarse en ella o en el médico, también puede ocurrir que el paciente quiera engañar al médico y a la sociedad.(3)

La relación Médico-Paciente es la conjunción de una confianza frente a una conciencia. Para Lain Entralgo la Relación Médico-Paciente significa tres formas de expresión profesional.

- 1.- Una relación de dominio: en la que el médico, mediante sus prescripciones y su manejo de la técnica, modifica y destierra la enfermedad
- 2.- Una relación de colaboración: cooperación, cortesía, donde las camaradas (médico-paciente) recorren el mismo camino hacia una meta igual, la curación de la enfermedad.
- 3.- Una relación de amistad singular: hombre-hombre, que radica en cuatro actividades:
  - a) Benevolencia: Que muestra la amistad, la voluntad de querer el bien del otro.
  - b) Benedicencia: Que es hablar bien del otro.
  - c) Beneficencia: Que es buscar hacer bien al otro.
  - d) ~~Benevolencia~~ Beneficencia: Compartir algo confidencial, que pertenece a la intimidad del otro.(4)

*Benevolencia*  
Relación Médico-Paciente es el encuentro de dos subculturas; los valores, conocimientos, creencias, normas y actitudes serán diferentes según los grupos de referencia que funcionan como modelos para la acción.



En una adecuada relación, el paciente debe poder comunicar sus síntomas, deseos, temores, opiniones, es decir brindar toda la información posible. y el médico a su vez debe saber comprenderla.(5)

En la Relación Médico-Paciente el dolor y el sufrimiento son relevantes, y como campos de gran trascendencia la muerte, la salud y la vida.(6)

La Relación Médico-Paciente forma parte del llamado arte de la medicina, juicio que ha contribuido a retrasar el estudio de esta relación en forma rigurosa y sistemática, mientras que los conocimientos médicos de índole biológica han adquirido una connotación claramente científica.(7)

## **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RELACIÓN MEDICO PACIENTE:**

**1.- El Emocional-Ambiente:** La Relación Médico-Paciente puede llevarse a cabo en tres tipos diferentes de ambientes:

**a) Domicilio del enfermo:** Es el más limitado y menos ventajoso para el médico, ya que es controlado por el enfermo y su familia. En la actualidad el grupo familiar es muy importante en el origen de las enfermedades y tiene gran influencia sobre el aceleramiento o el retraso de la curación, por lo que es importante que el médico tome en cuenta nuevamente el hogar del paciente como sitio fundamental de la relación.

**b) Consultorio:** Sitio preferido por los médicos para iniciar la relación. Es un sitio en el que el paciente interviene poco, y es el médico quien determina el momento de inicio de la relación. Aquí tiene importancia la iluminación, distribución y la presencia de terceras personas para llevar a cabo la Relación Médico-Paciente.

**c) Hospital:** Es neutral tanto para el médico como para el paciente (ofrece mayor conocimiento del ambiente al médico). Ambos son huéspedes de una institución que dispone de organización y de vida corporativa propia. Aquí la relación esta adulterada por la presencia de numerosas personas.(8)

Existen modificadores del ambiente: La manera en la que el médico recibe al paciente: es de vital importancia, comparada con el tiempo que ésta toma en llevarse a cabo (¿se levanta el médico de su asiento?, ¿sonríe?, ¿estrecha la mano del paciente?). Hay que tener en cuenta que este "ambiente" no depende exclusivamente del médico, ya que existen pacientes que desde el inicio de la relación se muestran hostiles debido a que tienen de antemano nociones y prejuicios respecto al médico, o son incapaces de establecer una verdadera relación con cualquier persona.

**2.- Intelectual-Comunicación:** El pensamiento científico es una necesidad pero no una condición suficiente para la práctica de una buena medicina; son necesarias otras cualidades: sensibilidad, comprensión, calor humano, paciencia e integridad.

El médico debe estar capacitado para definir la naturaleza de los problemas del paciente, ponerlos en condiciones que sean adecuados para practicar sus habilidades y por lo tanto, contribuir a su solución. Para cumplir con este propósito el médico necesita conocimientos, actitudes y habilidades para obtener información, aclarar problemas, otorgar consejos, aplicar técnicas médicas y evaluar resultados.(8)

## **PRINCIPIOS MORALES "ABSOLUTOS" IMPLICADOS EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:**

**Autonomía:** capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa.

**Beneficencia y no Maleficencia:** procurar siempre el bien del paciente, y obligación de no dañar.

**Justicia:** todos los hombres son fines en sí mismos y merecen total consideración y respeto.(9)

## MODELOS EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:

La Relación Médico-Paciente es una transacción, un sistema de interacción recíproca tanto intelectual como emocional, en donde se pueden identificar dos modelos generales:

- 1.- **El Modelo Técnico:** El médico ve al enfermo como si fuera un objeto, la relación es impersonal y no desea tener acceso a la intimidad del enfermo, sólo centra su interés en el problema técnico y científico.
- 2.- **El Modelo Humanista:** El enfermo es visto como una persona, el médico intenta penetrar en la subjetividad del enfermo y su relación con el adquiere importancia.

No basta con que el médico se ocupe de la enfermedad, es necesario que preste atención a la persona enferma, ya que la influencia del médico actúa en el curso de la enfermedad y en el tratamiento. (1,9)

Desde otro punto de vista T. Szasz y M Hollender distinguen tres modelos básicos de relación:

- 1.- **Modelo Actividad-Pasividad:** El médico hace algo por el paciente sin que este participe en la acción. Este modelo responsabiliza al médico del control total de la situación: tratamientos de urgencia.
- 2.- **Modelo Guía-Cooperación:** El médico es el guía y tiene más poder que el enfermo, de quien espera obediencia y cooperación, le induce a seguir sus indicaciones: infecciones agudas.
- 3.- **Modelo de Coparticipación:** El médico y el paciente son iguales. La mutualidad descansa en la concepción del otro, en términos de uno mismo: enfermedades crónicas. Aquí el médico ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo. (1,9)

## **POLARIDADES EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:**

- 1.- Autoridad-Sumisión:** El médico tiene autoridad, una autoridad que proviene del apoyo de la sociedad. Autoridad por parte del médico y acatamiento por parte del enfermo, son los polos de la relación que se establece entre ambos. La autoridad es uno de los recursos extrafisiológicos del médico porque suscita en el paciente confianza y también la esperanza de ser ayudado. La autoridad racional dice Fromm, no se impone, es conferida a aquel en quien se aprecian competencia y confiabilidad, más que ejercerse deliberadamente, errada, por así decirlo de quien la posee.

Enfermos sólo en apariencia, se someten a la autoridad del médico pero pasivamente se resisten a aceptarla. El médico usa su autoridad para desarmar y someter al enfermo, y el enfermo usa su debilidad para desarmar al médico. Muchos médicos se perciben a sí mismo como capaces de curar a todos los que acuden en su busca, hacen sentir a sus pacientes que su destino y felicidad están en sus manos.

- 2.- Amor- Odio:** Si en la Relación Médico-Paciente hay confianza, respeto y estimación mutuas, "todo marcha bien, aun cuando el enfermo marche mal". Cuando hay desconfianza y hostilidad todo marcha mal. El médico reflexivo sabe que las manifestaciones demasiado reiteradas de admiración y gratitud no son muchas veces sino intentos más o menos inconscientes de ocultar, sustituyéndolas por su opuesto: Desconfianza y resentimiento.

En la Relación Médico-Paciente es común que coexistan por ambas partes sentimientos y actitudes contradictorias. Freud fue el primero en señalar la importancia de la ambivalencia en la relación. El enfermo toma al médico como bueno y como malo, espera de él amor y simpatía, pero también teme ser dañado. El médico también ve al enfermo como bueno y como malo, su parte buena es la obediencia, la aceptación de los exámenes y prescripciones aún cuando sean desagradables o dolorosas y la confirmación del diagnóstico mediante una evolución favorable.

- 3.- Cercanía Alejamiento:** Cuando el médico tiene prisa, se aburre, se disgusta o duda el enfermo se retrae en sí mismo y se aleja. Más allá de cierta distancia, las palabras del médico no alcanzan al enfermo.

Los médicos de familia experimentan dificultades para encontrar una distancia apropiada en la consulta. Una distancia que permita el contacto personal pero que salvaguarde la independencia del profesional. El contacto estrecho con el paciente dificulta denegar demandas inapropiadas y genera una serie de predisposiciones que pueden favorecer posibles errores clínicos. El miedo al error clínico es bastante manifiesto ya que se considera un golpe irrecuperable a la confianza del paciente y representa una fuente de sentimientos de inseguridad, sobre todo ante pacientes inconformistas.<sup>(1,10)</sup>

Osmond y Sieglerk dicen que jugar bien el papel de enfermo ayuda a obtener la salud y a preservar las relaciones humanas garantizando a las personas un lugar en la sociedad hasta que se alivie o muera. Las reacciones de muchos enfermos son apartarse considerablemente del patrón mas aceptable y son negativos, pasivos y sumisos, se pueden encontrar estas reacciones en forma pura o combinada.<sup>(1,10)</sup>

## **HUMANISMO EN LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE:**

A finales del siglo XIV, surge una revolución conceptual que se caracteriza por una reacción contra la ciencia. Se sostiene entonces que solo la fe y una vida simple pueden darnos la salvación.

En esta atmósfera de cambio surge en la ciudad de Chartres, al suroeste de París, una corriente humanista. Su espíritu es humanista no sólo porque recurre a la cultura antigua para reconstruir su visión del mundo, sino sobre todo porque coloca al hombre en el centro de la ciencia. Concibe al ser humano dotado de razón, por lo tanto, con capacidad para estudiar y comprender una naturaleza ordenada racionalmente.

**La corriente humanista surge de manera formal en las universidades Italianas, inicialmente en Padua y Bolonia.**

**Los primeros médicos humanistas fueron Tomas Linacre (1460-1524) y Johannes Gunther (1487-1574).**<sup>(10)</sup>

**Toda ciencia cuyo objeto de estudio sea el hombre es "humanista" por definición. Aun en el caso de ciencias cuyo objeto de estudio no sea el hombre, el científico enfrentará la decisión de sostener o no una postura humanista.**<sup>(10)</sup>

**Se distinguen dos tipos de humanismo:**

- 1.- El humanismo científico:** toma en consideración las implicaciones éticas y sociales del conocimiento que se genera, se relaciona con aspectos de justicia, con la pertinencia y oportunidad de la investigación practicada alrededor de las expectativas y necesidades de la sociedad en su conjunto, contribuye al conocimiento generado para explicar mejor la "naturaleza humana", y pretende alcanzar la grandeza, el honor y la gloria de la especie misma.<sup>(10)</sup>
- 2.- El humanismo médico:** se refiere a la actitud médica en la cual una persona debe ser considerada en función no sólo de sus características biológicas, sino fundamentalmente por sus rasgos psicológicos, espirituales y sociales que la conforman como individuo.

**El interés científico en el caso y el interés humano en la persona, no son opuestos sino complementarios.**<sup>(10)</sup>

**El médico con convicción humanística reconoce que las acciones médicas rebasan reiteradamente los límites convencionales de las ciencias biológicas y de la técnica; que la medicina es en parte ciencia humana y**

que los aspectos subjetivos e interpersonales de la salud y de las enfermedades son reales y son importantes. Por lo anterior se reconoce la necesidad de examinar a fondo los conflictos de valores implicados en las decisiones médicas.

La obligación que el médico tiene para con sus pacientes se deriva del impacto de la enfermedad sobre la condición humana; la vulnerabilidad de la persona enferma, su necesidad de ser amparada y de la naturaleza intrínseca de su relación con el médico. Una consecuencia más del enfoque humanístico en la medicina es el papel activo que se asigna al paciente en su relación con el médico.<sup>(11)</sup>

El paciente estima la actitud humana del médico por su disponibilidad de tiempo, la amabilidad con la que es tratado y el deseo de ayudarlo. Una de las características esenciales del clínico es su interés en la humanidad, porque el secreto de la asistencia del paciente estriba en interesarse por él.<sup>(11)</sup>

En la práctica médica, algunos médicos llaman al paciente por su nombre de pila la primera vez que lo ven, ya que piensan que es la mejor manera de demostrarle cordialidad y amistad. Para muchos ancianos, el que una persona a quien nunca han visto los trate de esta manera significa el colmo de la irreverencia y una falta de respeto. Por lo que es importante en algunas ocasiones modificar la técnica para que el paciente pueda comprender los sentimientos naturales que ellos quieren expresar.

La falta de tiempo a corto plazo expone al médico a cometer algunos errores. En lugar de dar al paciente tiempo para expresarse, el médico puede recurrir desde el principio al método de pregunta-respuesta. Una consulta larga por medio de la cual se identifica claramente el problema puede significar menos tiempo que varias consultas cortas que no logran identificarlo.<sup>(12)</sup>

Byrne y Long (1976) descubrieron que las consultas insatisfactorias eran significativamente más cortas que las satisfactorias y que en ellas se

dedicaba menos tiempo a averiguar el motivo que había impulsado al paciente a ir al consultorio.(12)

La población tiene la necesidad de recibir una atención humanizada adecuada a las características del ser humano y una atención personalizada adecuada a la individualidad peculiar de cada persona.(5,12)

Para quien ha elegido la carrera de médico, no puede haber un lema básico mejor que tratar de ser alguien con pericia técnica, conocimientos científicos, sabiduría y con las características personales de cordialidad y humildad, que bien sirven para hacer del arte y la ciencia de la medicina la misma entidad. No hay que olvidar que en la estatua de Edward Livingston Trudeau dice "curar a veces, aliviar con frecuencia, consolar siempre"(13)

Actualmente, la medicina está perdiendo su sentido humano, ya que con el método fragmentador, que innegablemente ha expandido el conocimiento, se ha dejado de lado una parte fundamental, la esencia del ser humano: su individualidad psicológica, su mente, su espíritu y su afectividad.(4,13)

Ivan Illich en su obra, *Polémica Medical Némesis*, agrega que la profesión se ha vuelto inhumana e insensible y que solo busca controlar y limitar a los hombres. Piensa que la situación tiende a deteriorarse y que muchos médicos no tienen ya ni simpatía ni compasión por los enfermos y que como carecen de vocación, están obsesionados por el dinero.(11,13)

Muchos médicos manejan a sus enfermos como si fueran objetos y se interesan más por los análisis y los procedimientos que por la persona que está bajo su cuidado.(11,13)

Se culpa a la burocratización de haber tenido efectos negativos en la medicina moderna . Se argumenta que la colectivización de la medicina ha generado una maquinaria burocrática impresionante, con la consecuencia de que el médico se ha visto despojado de su individualidad y como no tiene la posibilidad de influir en el funcionamiento de esa máquina, ha perdido interés en el trabajo y su sensibilidad en el trato con los enfermos se ha terminado.(11,13)



## **COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE:**

**COMUNICACIÓN:** Es la interacción de dos o más participantes que envían y reciben mensajes simultáneamente a múltiples niveles mediante muchas modalidades.

### **NIVELES DE LA COMUNICACIÓN:**

- 1.- COMUNICACIÓN VERBAL:** Los mensajes son transmitidos por palabras.

#### **TÉCNICAS DE ESCUCHA ACTIVA:**

**A) Respuestas Exploratorias:** Respuestas abiertas que animan a los pacientes a continuar hablando y a dirigir la conversación.

**B) Respuestas Clarificadoras:** Es una paráfrasis de lo que ha dicho el paciente, que le asegura al médico que el mensaje enviado ha sido recibido en forma correcta.

**C) Respuestas Afectivas:** Son las que clarifican emociones, preguntan sobre ellas o las describen.

**D) Clarificación:** Hablar directa y claramente.

Hay que realizar la elección de las palabras con diferentes grados de precisión y conciencia, el significado que se quiere dar a una palabra concreta, el que le asigne realmente el oyente y la interpretación que se le da a la comunicación total puede ser diferente en las dos partes de una relación.

- 2.- COMUNICACIÓN PARAVERBAL:** Conjunto de mensajes no verbales que son transmitidos por el habla, entonaciones o hacer énfasis de las palabras, verbalizar una emoción intensamente sentida, lo anterior puede producir una liberación de la misma emoción y un aumento de la capacidad de comunicación.

**3.- COMUNICACIÓN NO VERBAL:** Consta de tres características:

- a) Expresión facial.
- b) Posición del cuerpo y movimientos.
- c) Contacto Corporal.(14)

**COMUNICACIÓN DE ALTO CONTEXTO:** Cuando la mayor parte de la información se encuentra en el contexto.

**COMUNICACIÓN DE BAJO CONTEXTO:** Cuando la mayor parte de la información se encuentra en forma de código explícito. Las culturas de alto contexto tienden a estar marcadas por relaciones humanas a largo plazo y un nivel bajo de movilidad social. Las culturas de bajo contexto tienden a ser complejas, tecnológicamente avanzadas y sometidas a cambios rápidos.(14)

Toda comunicación necesita un contexto, sin contexto no existe significado. Gregory Bateson (1979) escribió: "Una de las cosas más difíciles para un médico, es saber que contexto debe usar para decodificar el mensaje del paciente". El contexto que todos los médicos internalizan en el curso de su formación es la clasificación de las enfermedades de acuerdo con su patología orgánica. Si un paciente utiliza los síntomas como una forma de comunicación indirecta para un problema vital, la decodificación correcta exige al médico identificar la naturaleza personal del contexto que codifica el paciente.(14)

**COMUNICACIÓN DIRECTA:** Es cuando se usan símbolos primarios para transmitir el significado. Las palabras empleadas por el paciente tienen una relación directa y causal con la sensación que tratan de comunicar

**COMUNICACIÓN INDIRECTA:** Es cuando el paciente expresa su significado por medio de símbolos metafóricos, verbales o no verbales. Esta comunicación se emplea en las siguientes circunstancias.

- 1.- Para expresar sentimientos: muchos de los pacientes que vienen a consultarnos están dominados por emociones intensas de rabia, dolor, aflicción, culpa, remordimiento, etc.

- 2.- Cuando un problema suscita sentimientos de vergüenza o culpa por ejemplo: problemas sexuales.
- 3.- Cuando el lenguaje directo no es asequible: La comunicación es inversamente proporcional al nivel educativo.
- 4.- Para evitar desaires.

Muchos de los errores de la práctica médica tienen sus orígenes en la falta de comunicación, bien sea porque el médico no comprende lo que el paciente quiere decir, o porque el paciente no entiende el mensaje del médico. Por lo anterior es importante que el médico tenga conocimiento de la estructura y función del lenguaje y especialmente, de las diferencias entre la comunicación directa e indirecta. (12,14)

En la Relación Médico-Paciente el elemento comunicación adquiere dimensiones notables, el paciente debe poder comunicar sus síntomas, deseos, temores, opiniones, es decir brindar toda la información posible; y el médico a su vez saber comprenderla. Para ello, el médico debe estar "disponible", y saber:

- 1.- **ESCUCHAR:** Balint decía que la mayoría de los pacientes necesitan solamente de una psicoterapia pura simple, que el médico mantenga una larga entrevista para saberse escuchado. Si no sabemos lo que demanda el paciente, cuáles son sus expectativas, sus temores, su idea de la enfermedad, difícilmente podremos satisfacer sus necesidades. (5,14)

Escuchar es una tarea difícil que no realizaremos a menos que tengamos un profundo respeto e interés por otro individuo. Como consejeros, tenemos que escuchar no sólo con los oídos, sino también con los ojos, la mente, el corazón y la imaginación.

- 2.- **EXPLICAR:** El paciente necesita información principalmente sobre su enfermedad es decir sobre "lo que tiene", sobre "métodos terapéuticos" y fundamentalmente sobre "el tiempo que demandará su curación", que es precisamente el aspecto que crea más inseguridad y ansiedad por todo lo que implica su pérdida de rol laboral y familiar mientras se encuentra desempeñando su rol de enfermo. (5,14)

- 3.- INFORMAR:** En forma detallada cuando el paciente está internado. Los pacientes al ser hospitalizados deben recibir suficientes instrucciones prehospitalarias, para eliminar cualquier idea o preocupación falsa, especialmente en el caso de una primera admisión.
- 4.- DAR BUEN TRATO:** No solo por la amabilidad brindada por medio de la consideración del pudor durante la exploración, por la privacidad, tiempo que se dedica, el interés que demuestra y el tiempo que lo hace esperar.(5,14)
- 5.- EXPLORAR FÍSICAMENTE:** Los paciente prefieren una exploración completa en un clima de intimidad. Reparemos un sólo día en la cantidad de interrupciones que tienen lugar en cada consulta.(9,14)
- 6.- DAR CONFIANZA:** Construida sobre un sistema de interrelaciones de igual a igual en base a la experiencia en la que va formándose un vínculo por medio de la comunicación. Los pacientes confían en el médico con una base racional, por lo general prefieren elegir al médico que los va a atender, así como también prefieren que los atienda siempre el mismo médico.

El médico necesita conocimientos, actitudes y habilidades para obtener información, aclarar problemas, otorgar consejos, aplicar técnicas médicas y evaluar resultados. Estas habilidades dependen fundamentalmente de la naturaleza y calidad de la comunicación del médico y el paciente.(13,14)

#### **ENTREVISTA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:**

La Relación Médico-Paciente se inicia en la primera entrevista. Esta primera visita es capital, ya que, a menudo, la calidad de la relación que se crea condicionará el éxito de un tratamiento. En cualquier entrevista se desarrolla un proceso dinámico. El comportamiento del enfermo influye sobre el médico y lo que éste dice o hace tiene, a su vez, repercusiones sobre el enfermo.

El instrumento privilegiado de la comunicación es, evidentemente, el lenguaje oral. Permite al enfermo, expresar los procesos somáticos percibidos subjetivamente y transmitir al médico el contenido de su vida psíquica interior.

A menudo, la comunicación por medio del cuerpo es más significativa que la que tiene lugar por medio del lenguaje, porque el enfermo la controla menos, pero plantea delicados problemas de interpretación. Fenómenos como el dolor o las alucinaciones son sentidos por el paciente, pero no pueden ser percibidos por el médico.

El lenguaje no verbal es un elemento significativo, de primera magnitud, en el diálogo, pero se requiere, para percibirlo, una observación continua el interlocutor. suele proporcionar la expresión real y profunda, mientras que el lenguaje aporta una racionalización lógica.

La entrevista con el médico representa, a la vez, una ayuda y una amenaza. Por lo tanto el paciente se halla en una situación muy ambivalente; querrá que el médico lo cure, pero al mismo tiempo teme a su sentencia. Estos sentimientos contradictorios interfieren inconscientemente en la sinceridad de las respuestas y a veces dan lugar a deformaciones de la realidad.

### **Técnicas Para La primera Visita:**

- 1.- ANAMNESIS METÓDICA:** Consiste en dar respuestas a un conjunto de preguntas seleccionadas. Para establecer un diagnóstico, evidentemente es necesario que el médico tenga suficientes conocimientos para evocar las distintas enfermedades. También debe poseer una sutileza mental suficiente para darse cuenta de cualquier respuesta no habitual e inesperada y encaminar su interrogatorio en forma correcta.
- 2.- ENTREVISTA NO DIRIGIDA:** Su objetivo es obtener la máxima información posible y aprender a conocer, a la vez al hombre y a la enfermedad, es decir conseguir un diagnóstico, pero, al mismo tiempo, comprender cual es el sentido que tienen para un individuo determinado las quejas y enfermedades que ofrece a su médico. Este

tipo de entrevista exige una gran disposición por parte del médico y requiere más tiempo. Ante todo aquí hay que escuchar. La actitud de escucha del médico es la que determinará las posibilidades de expresión del paciente.

En general el médico debe decirle al enfermo todo lo que pueda ser útil para la futura colaboración al tratamiento y todo lo que disminuya la angustia, especialmente el nombre de la enfermedad. También es importante que se anime a los enfermos a que pregunten todo lo que quieran sin miedo al ridículo. Un mejor conocimiento de las preocupaciones del enfermo y de lo que piensa permite destruir los fantasmas que la enfermedad pueda sugerir en su mente y darle seguridad respondiendo a sus preocupaciones.

Para hacer su diagnóstico, el médico debe ponerse a nivel del enfermo para conseguir que éste le comprenda, se esforzará en emplear expresiones simples que el enfermo pueda asimilar. Las palabras técnicas, neutras y descriptivas, pueden ser una carga emocional traumática que modifique el sentido del mensaje.

Con su actitud, el médico puede evitar el miedo del enfermo. Si sus palabras son vagas, da la impresión de poca confianza en sí mismo y el enfermo no tendrá sensación de seguridad. No solo no se tranquilizará, sino que aumentará su inquietud.

Hace veintitrés siglos, "Hipócrates daba consejos que siguen estando de actualidad: Evitad la turbación y no turbéis a los demás. Abordad a los enfermos con precaución. Que vuestras respuestas traduzcan la calma de vuestra mente y no vuestra agitación, que indiquen a los demás que estáis prestos a actuar, según las necesidades. Disponed en seguida lo que conviene hacer, o anunciad lo que pueda suceder y que puede esperarse." Lo que dice el médico, y sobre todo el modo de decirlo puede ser de gran importancia. (15)

Las explicaciones y las prescripciones deben limitarse a lo esencial y deben decirse, en primer lugar, las cosas importantes, ya que son las más retenidas.

En medicina somática, la entrevista con el médico permite casi siempre calmar la inquietud del enfermo. El solo hecho de haber podido explicar los

trastornos que siente y saber que el médico lo toma en consideración y le da un diagnóstico, suele tranquilizar. Una entrevista demasiado corta y, sobre todo, considerada corta por el enfermo es un factor de inhibición de bloqueo o de agresividad y constituye un impedimento para la relación. Sin embargo una entrevista sin límites también es poco satisfactoria.

La actitud del médico es un factor importante para la comunicación, Hay que crear y mantener una atmósfera conveniente. Una escucha atento y cordial. Un médico tranquilo, relajado y comprensivo, preparado para recibir las palabras del enfermo, facilita mucho la entrevista. Lo contrario sucede con el médico que escucha distraído o que parece apresurado.

Si por cualquier motivo la Relación Médico-Paciente es mala, la entrevista será ineficaz y aportará poca información.(15)

## **FASES DE LA ENTREVISTA**

- 1.- LA APERTURA:** en la cual el saludo y la acogida al paciente (verbal y no verbal) son importantes, Muchas veces los primeros momentos de un encuentro son cruciales para decidir el futuro de la relación. El comenzar las entrevista con preguntas abiertas y poco estructuradas le posibilita al paciente escoger el modo de acercarse al problema que lo trae. El uso adecuado de silencios es doblemente útil; para que el paciente defina en sus términos el motivo de consulta, y dar la sensación de que el médico cuenta con tiempo para oírlo.
- 2.- LA FASE MEDIA:** se da una vez identificado el problema que motivo la consulta. En esta fase el médico interviene más activamente para apoyar o tranquilizar empáticamente, para confrontar, para reflejar, o para resumir de qué se trata el problema, aquí son importantes las preguntas directas para precisar detalles diagnósticos y dilucidar claramente las características cuantitativas, cronológicas, físicas y psicosociales del problema.
- 3.- LA FASE DE CIERRE:** ya después de especificado y resumido el acuerdo del médico y el paciente acerca de la naturaleza del problema y después de que se acuerde el plan de acción.(16)

## **DESTREZAS DE INTERVENCIÓN EN LA ENTREVISTA:**

- 1.- ESCUCHAR ACTIVO:** Muchos pacientes llegan requiriendo ser no sólo oídos, sino escuchados, mientras descargan su problema.
- 2.- CLARIFICACIÓN:** El saber guiar al paciente en la definición de su problema, señalándole los aspectos confusos o poco claros de su relato.
- 3.- REFLEJAR:** La situación emocional que el paciente demuestra, El paciente muestra muchas veces en forma verbal o paraverbal una emoción de la que no se está consciente, En algunas ocasiones puede suprimir totalmente la expresión de una emoción.
- 4.- CONFRONTACIÓN:** Es necesaria cuando el paciente niega reconocer su problema de salud, el efecto de la confrontación es hacer aflorar los sentimientos para poder resolverlos con más efectividad.
- 5.- PLANTEAR ALTERNATIVAS DE ACCIÓN:** Enfrentar la situación, pero de tal modo que el paciente pueda involucrarse activamente en la toma de decisiones con respecto al plan de acción, lo que permitirá involucrar mejor al paciente en su propia recuperación.
- 6.- DEFINICIÓN DE PLAN ACCIÓN Y EL PACTO PSICOLÓGICO:** Se definen los pasos específicos que se darán después de la entrevista, esto aumenta la confianza.
- 7.- VALIDACIÓN (CROSS-CHECKING):** En ella se le pregunta al paciente si concuerda con lo que el médico acaba de decir, incluso se le pide que resuma en sus términos su percepción de la entrevista.
- 8.- SEGUIMIENTO (FOLLOW-UP):** Control del plan de acción formulado, es una destreza que debe ser desarrollada y practicada, dados los porcentajes de no cumplimiento de tratamientos. (16)



**La tarea principal del médico de familia es crear un puente de confianza entre el y su nuevo paciente, puente que una vez cimentado permitirá el tránsito continuado de comunicaciones en ambos sentidos, facilitando la labor diagnóstica y terapéutica. Este puente de confianza permitirá pasar de una dimensión vertical en la cual el paciente se coloca en una posición dependiente subordinada con respecto al médico, de quien lo espera todo a otra horizontal en la cual la relación se hace participativa y el médico es visto como un aliado que ayuda al paciente a desarrollar su capacidad de autocuidado y autonomía.<sup>(16)</sup>**

## **AFECTIVIDAD EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:**

Para que exista afectividad en la Relación Médico-Paciente, esta última se debe desarrollar sobre una base de confianza mutua. El poder empatizar con el paciente y captar donde se encuentra su problema y ayudar a resolverlo, es una capacidad central para que el médico pueda ser aceptado y por lo tanto la consulta sea satisfactoria.<sup>(16)</sup>

Actualmente se está dando importancia a la Relación Médico-Paciente ya que el acto médico está sufriendo cambios profundos que lo afectan en esencia con respecto a sus enfermos.

La Relación Médico-Paciente no puede ser vista como un intercambio intelectual, los componentes afectivos deben ser considerados, la objetividad es necesaria para apreciar los síntomas del paciente y distinguirlos de su fantasía.

El médico debe tener advertencia de las actitudes y necesidades emocionales tanto de sus enfermos como de las propias, solo en base a esta percepción podrá comprender la relación con sus pacientes y usar ese conocimiento en beneficio de ellos.

Por tener la Relación Médico-Paciente en la clínica el carácter de una alianza terapéutica se darán en ella además de influencias irracionales,

sentimientos conscientes de simpatía, confianza o antipatía, que son aspectos universales de las relaciones humanas.(1,17)

Hay médicos que están dominados por un sentimiento de omnipotencia, se perciben a sí mismos como capaces de curar a todos los que acuden en su busca. Actúan como si tuvieran siempre la respuesta más adecuada y hacen sentir a sus pacientes que su destino y felicidad están en sus manos. La adoración de sus pacientes refuerza su autoimagen ilusoria.(1,17)

Las emociones del médico juegan un papel esencial en la relación. El narcisismo del médico, es decir, la necesidad de conservar una imagen prestigiosa o engrandecida de sí mismo, limita su capacidad para ver con objetividad al enfermo y su situación.

La emoción debe expresarse siempre de manera tal que realmente sea una ayuda para el paciente. Lo importante es ayudar a los enfermos a verse a sí mismos a través de un espejo. Muchos se nos acercan con un profundo sentimiento de soledad, es decir, una sensación de que nadie puede conocer o comprender sus sentimientos.(1,17)

La influencia psicológica del médico que induce o favorece la curación de los enfermos, es un ingrediente esencial en la práctica de la medicina, su modo de acción es un enigma que la ciencia no ha resuelto satisfactoriamente.(1,17)

Las crisis emocionales a menudo van seguidas de un torrente de información importante. En el consultorio, se debe aceptar y reconocer la emoción sin ninguna muestra de sorpresa. Es más se debe acoger favorablemente, porque ayuda a comprender al paciente y esto puede tener un efecto terapéutico. Los sentimientos muy intensos frecuentemente se expresan con más facilidad durante el examen físico. Las confidencias más íntimas se hacen cuando el médico está examinando al paciente.(12,18)

Por lo anterior es importante que el médico esté consciente en la cantidad de interrupciones que tiene cada consulta, lo que resulta incomodo para el paciente es ver como su conversación-exploración es violentada por

**celadores, auxiliares, teléfonos, interfonos...que, sin ningún pudor abren puertas y distorsionan gravemente la confianza que inspira el médico.(9,18)**

#### **CONDUCTA AFECTIVA DEL PACIENTE:**

- 1.- LÍMITE DE TOLERANCIA:** Aquellos pacientes que acuden al médico más bien por un problema de la vida que por un síntoma.
- 2.- LÍMITE DE ANSIEDAD:** El paciente consulta no porque sus síntomas le causen malestar, sino por la repercusión que éstos pueden tener.

Como escribió Kessel (1979) "Lo que se le dice al paciente para devolverle la tranquilidad, no requiere un gran conocimiento en asuntos humanos.

#### **CONDUCTA AFECTIVA DEL MÉDICO:**

- 1.- Teniendo una relación de confianza con el paciente.**
- 2.- Conociendo las ansiedades del paciente.**
- 3.- Convenciendo al paciente que ha obtenido la información necesaria para poderle dar esa seguridad.**
- 4.- Establecer la tranquilidad con toda certeza, no debe tardar en hacerlo.**

**5.- Tomar en consideración seriamente las dolencias del paciente como el las percibe.**

**6.- Dar siempre alguna esperanza, sin que esta tenga que ser falsa.**

**7.- Hacer énfasis en los aspectos favorables de la condición.**

**8.- Explicar la naturaleza de la enfermedad, usando un lenguaje de la vida diaria. (12,18)**

Uno de los principales objetivos con el paciente en la primera consulta es lograr la compenetración, despertando en el paciente un sentimiento de fe y de confianza en el médico, La compenetración depende de la conducta del médico durante la consulta, el ambiente donde esta se lleve a cabo, el atuendo y compostura del médico su manera de saludar y la atención que preste a lo que el paciente tenga que decir.

La compenetración puede inhibirse por un saludo displicente, una actitud de superioridad, rechazo o falta de interés por el paciente, lo que traduce el paciente como una consulta insatisfactoria. (12,18)

## **COMPONENTES SOCIOCULTURALES EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE:**

En la Relación Médico-Paciente la definición de enfermedad lleva implícitos los conceptos de normalidad física y de la conducta, los cuales dependen de los factores y valores socioculturales que prevalecen, un momento dado en el grupo humano. (3,19)

En la relación con los enfermos, participan elementos psicológicos, sociales y culturales más o menos encubiertos, lo que facilita para el

médico la comprensión de los problemas que frecuentemente surgen en esa relación interpersonal, y le permiten manejarla más eficazmente.

#### **PAPEL SOCIAL DEL ENFERMO:**

- 1.- Esta exento del desempeño normal de su papel social, tareas y obligaciones.
- 2.- No es responsable de su estado.
- 3.- Considera su enfermedad como indeseable y desea recuperarse.
- 4.- Tiene la obligación de buscar ayuda técnicamente competente y cooperar con ésta.<sup>(19)</sup>

**PAPEL SOCIAL DEL MÉDICO:** La responsabilidad del médico consiste en hacer todo lo posible para lograr la recuperación completa, pronta y sin dolor de sus pacientes.

- 1.- **UNIVERSALISMO:** Tratar a sus pacientes sin distinción de ningún tipo.
- 2.- **ESPECIFICIDAD FUNCIONAL:** El médico debe ser un especialista cuya superioridad sobre sus semejantes se vea reducida a la esfera específica de su experiencia y adiestramiento técnico.
- 3.- **NEUTRALIDAD AFECTIVA:** Que se ocupe el médico de un problema objetivo en términos objetivos, científicamente justificables.

**4.- ORIENTACIÓN COLECTIVA:** Obligación del médico a poner el bienestar del paciente por encima de sus intereses personales y considerar el comercialismo como enemigo.

En el modelo Parson, el aparente equilibrio entre los papeles del enfermo y el médico, con ganancia para ambas partes, no significa que dentro de la acción terapéutica ambos sean iguales, se espera que la mayor parte de las veces el paciente asuma una conducta pasiva y dependiente, ya que el elemento técnicamente preparado para dictar las acciones es el médico.(13,19)

Los términos transferencia y contratransferencia se refieren a la distorsión de las percepciones mutuas del médico y del paciente debido a relaciones pasadas significativas de cada uno de ellos. Estas influencias que ocurren en el curso de un tratamiento psicoanalítico son en gran parte inconscientes y pueden resultar en intensos sentimientos de suspicacia, hostilidad, competitividad, dependencia regresiva, que tienden a dañar la relación. La Relación Médico-Paciente también adquiere en las condiciones de trabajo habitual. La intensidad y carácter regresivo (1,19)

Se ha observado que en algunas culturas se espera la indicación médica basada exclusivamente en medicamentos, en tanto que en otras el paciente espera que el médico le indique conductas precisas a seguir en alimentación, trabajo, vida sexual, vida laboral, e incluso vida social.(6-20)

Entre más elevado es el estatus del médico en la sociedad, mayor es el ámbito de acción en el que se espera actúe. Por lo que puede ser solicitado como consejero no solo en materia de enfermedad sino también de vida familiar, de descubrimientos vocacionales en las generaciones jóvenes, de orientador respecto a la vida laboral, económica y social.(20)

La situación del profesional frente a su paciente está influida por dos tipos de factores: los derivados de su rol social (entendido como las expectativas que origina su curriculum profesional en el paciente, la familia y en el propio profesional) y los derivados de su identidad profesional (actitudes que ha ido desarrollando a lo largo de su experiencia clínica) y que se ponen a prueba en mayor o menor grado ante cada paciente.(20)

El problema de la relación Médico-Paciente es mayor cuando la diferencia cultural es evidente. Cuando la diferencia es pequeña puede pasar desapercibida para el médico, a pesar incluso de que la pueda palpar o experimentar muy de cerca. (4,20)

## **MEDICINA INSTITUCIONAL Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:**

Una institución no es solamente el inmueble o edificio que da cabida a un grupo de personas. Una institución cristaliza conceptos, normas y formas de organización con una finalidad específica. (21)

Las instituciones de atención a la salud cristalizan un cierto modelo de atención, una forma de organización de su quehacer, con el objetivo declarado de prestar servicios a la población.

Para numerosos pacientes la asistencia a este tipo de instituciones representa un verdadero viacrucis, y la sensación que les queda, después de estas desagradables experiencias, es que algunas instituciones dan todo menos servicio. (21)

La creación de una medicina institucional ha producido profundas modificaciones en el ejercicio profesional de los médicos en general, y en particular de los que realizan su práctica profesional y sobre todo ha repercutido en la Relación Médico Paciente, pues poco se adapta a la asimilación de las condiciones restrictivas que le impone la institución médica en lo referente a control de puntualidad y permanencia; en clínicas y hospitales las reglamentaciones limitativas del uso de auxiliares de diagnóstico y tratamiento o de medios terapéuticos, como son los cuadros básicos o listas de medicamentos. (22)

En muchos casos los médicos institucionales resisten el trato altivo y hasta soez, que reciben por parte de los pacientes o de sus familiares, explicados por su bajo nivel educativo del enfermo y por la sensación de

que se les toma una parte de ingreso familiar y esta acción justifica un desquite.(22)

La organización de los servicios institucionales conduce a una burocratización excesiva, la necesidad de atender a millones de enfermos, lleva a una pérdida de la individualidad de los mismos y la forma de trabajo de muchos médicos resulta insatisfactoria, estas consecuencias son debido a la forma como se aplican las técnicas.(1,22)

El carácter gratuito y el desprestigio de la Seguridad Social influyen en la desvalorización del médico de familia. Hay quejas sobre el exceso de demanda que ven como producto de mayor oferta de servicios. Este exceso de demanda, dificulta ofrecer una atención de calidad y comunicación con el paciente, por lo tanto tenemos consultas burocráticas y sobre todo consultas injustificadas de muchos pacientes que han perdido capacidad de autocuidado y son cada día más dependientes de los servicios sanitarios.(22)

La sobrecarga de trabajo, su fragmentación y las rutinas han hecho a la Relación Médico-Paciente menos íntima faltante de comunicación y empatía. Los enfermos tienen duda acerca del interés que por ellos tienen los médicos, hasta el punto de que se habla de una crisis de confianza, a muchos médicos le falta entusiasmo en su trabajo y se limitan a cumplir.(4,22)

Las instituciones llegaron a la historia muchos siglos después de que se diera la relación directa médico-paciente, pero de la misma forma como ha ocurrido en muchos otros aspectos de la vida cotidiana, se sobreimpuso a la relación original y la determina en alto grado en la actualidad. En todos los casos el médico y el paciente cuentan con capacidad para continuar haciendo de su relación una de las más fructíferas en términos de la construcción de una mejor sociedad.(6,23)



El aumento de la especialización en las grandes instituciones burocráticas reduce las oportunidades para el desarrollo de relaciones a largo plazo. Por otra parte, una medicina de familia que permanece fiel a sus orígenes debe ser de alto contexto.(6,23)

## **LA TECNIFICACIÓN Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:**

El impresionante desarrollo tecnológico de la medicina actual ha hecho cada vez más clara la paradójica realidad de que los médicos se han alejado de los aspectos más centrales de su rol: el que se refiere a la naturaleza personal y humana de su contacto diario con los pacientes.(12,24)

El desarrollo de una tecnología cada vez más especializada y la necesidad de proporcionar asistencia médica a una población creciente, hicieron indispensable dar a la asistencia médica nuevas formas de organización y sistemas de operación más eficaces.(12,24)

El médico evalúa la atención brindada centrándose en los aspectos técnicos y en los resultados, mientras que los pacientes evalúan también la relación interpersonal establecida.(5,24)

La ciencia y la tecnología, representan progreso transformación positiva y superación, pero deben utilizarse en beneficio del ser humano, de su bienestar, de su salud y su felicidad, "si hay avance tecnológico sin avance social, existe casi automáticamente un aumento de la miseria humana". Hay un concepto materialista de la vida que desvía el objetivo fundamental, la razón básica del humano, hacia el "tener" más que hacia el "ser".(13,25)

Por medio de una tecnología asombrosa se ha propiciado al mismo tiempo "el alejamiento del hombre médico de su objeto fundamental de atención , el hombre como un todo, como un ser humano, ya que lo fragmento y repartió en pedazos a cada uno de los expertos en fragmento".(25)

## **MEDICINA FAMILIAR Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:**

Relación Médico Paciente-Familia es una herramienta de valor incalculable en la práctica diaria del médico familiar y que proporciona al médico que la establece la satisfacción y el reconocimiento por su desempeño.(25)

### **MC WHINNEY IDENTIFICA 9 PRINCIPIOS QUE GOBIERNAN LAS ACCIONES DEL MEDICO DE FAMILIA:**

- 1.- Está comprometido con la persona más que con un determinado cuerpo de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.
- 2.- Aspira a comprender el entorno de la enfermedad.
- 3.- Ve cada contacto con su paciente como una oportunidad para la prevención y la educación sanitaria.
- 4.- Considera al conjunto, de sus pacientes como una población en riesgo. A diferencia de los Clínicos que piensan habitualmente en términos de pacientes individuales más que en grupos de población, el médico de familia debe pensar en término de ambos.
- 5.- Se ve a sí mismo como parte de una red de servicios de salud que lo apoyan a través de toda comunidad. Esta red puede ser oficial, no oficial, formal e informal.
- 6.- Debe compartir, en lo posible, el mismo ambiente de sus pacientes.
- 7.- Ve a sus pacientes en el consultorio, en sus casas o en el hospital, La proporción de tiempo que dedica a cada uno de estas facilidades varía según el país, el sistema, la región etc.

**8.- Da importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.**

**9.- Es un gerente de los recursos, Como generalista y el médico de primer contacto debe ser capaz, dentro de ciertos límites, de controlar la admisión de sus pacientes al hospital, usar investigaciones, prescribir, tratar y referirlos a especialistas.(14,26)**

**Mc Whinney agrega las siguientes características:**

**1.- Manejo de problemas indiferenciados en el contexto de una relación continua y personal de los individuos y las familias.**

**2.- Uso de la Relación Médico-Paciente como uno de los recursos terapéuticos más importantes para maximizar la efectividad de todos los tipos de terapia.**

**3.- Manejo de recursos de la comunidad y del sistema de salud para beneficio de los pacientes, lo que incluye las habilidades para el manejo de la consulta y la referencia.(14,26)**

La responsabilidad del médico de familia no cesa con la resolución del problema, la referencia del paciente a otro médico, o el fracaso del tratamiento, porque su compromiso es con la persona, no con una enfermedad, un grupo de edad, o una técnica terapéutica.(27)

La principal recompensa que los médicos de familia obtienen de su trabajo es ayudar a la gente a desarrollarse.

## **CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA.**

**"Calidad": La definición incluye la estructura, el proceso y los resultados de la atención, así como los aspectos relacionados con un ambiente agradable y relaciones humanas amables dentro de los cuales ésta se desarrolla. Otorgar atención médica conforme a las normas de calidad,**

conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico y un ambiente confortable, que permita mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario y del trabajador, y que contribuye a mejorar su calidad de vida.(28)

Calidad y complejidad no son equivalentes en medicina. Puede haber una medicina de alta complejidad y de mala calidad y otra de baja complejidad técnica y de muy alta calidad. Esto dependerá básicamente de la formación de recursos humanos, un médico de familia, un profesional muy bien preparado, muy calificado y altamente motivado para este tipo de tarea.(28,28)

La calidad de la atención recibida por el cliente externo es el resultado de una serie de acciones individuales relacionadas entre sí, que parten de todos los profesionistas que intervienen en el proceso de la atención, y que, por lo tanto, los errores pueden originarse en cualquier punto, las medidas correctoras están dirigidas, no al individuo, sino al sistema organizativo.

La garantía de calidad se basa, principalmente, en la revisión retrospectiva de casos individuales, la mejora continua de la calidad analiza perfiles estadísticos. "Hacerlo bien desde el principio es más barato". En nuestro país, el abordaje metodológico serio de la mejora de la calidad asistencial no parece ser una prioridad, ni de los profesionales en general, ni de los responsables de la organización en particular.(29)

## **DIMENSIONES DE LA CALIDAD DESTACADAS POR PALMER Y EL PROGRAMA IBÉRICO.**

- 1.- Competencia profesional.**
- 2.- Aceptabilidad.**
- 3.- Accesibilidad.(30)**

**Donabedian en un trabajo publicado en 1986, preconiza el enfoque de la teoría de los sistemas y hace énfasis en la necesidad de incorporar la satisfacción del usuario al grupo de indicadores de resultado de una atención adecuada.**(28,30)

Si tomamos en cuenta que en la actualidad tanto a nivel institucional como privado, los recursos para la atención médica son escasos y costosos, debemos asumir el compromiso de llevar a cabo una administración eficiente de los recursos, que nos permita abatir los costos de operación y dar atención a un número mayor de usuarios, por lo tanto, la calidad en nuestro desempeño debe incluir la satisfacción en la cual prestamos nuestros servicios.(30)

Los médicos familiares y especialistas deben conocer, comprender y ejercer la medicina actual, responsabilizándose de una Relación Médico-Paciente que alcance la más alta calidad humanística y se recurra entonces a la fisiopatología con la misma propiedad y actitud que a la psicología y a la socioepidemiología.(4-31)

El médico debe procurar hacer racional la utilización de los servicios y optimizar los recursos disponibles de apoyo para el diagnóstico y establecerlo mediante el método clínico en base al mayor acercamiento entre médico y paciente, la expedición apropiada de exámenes de laboratorio puede ser un indicador de la calidad de la Relación Médico-Paciente como resultado de la interacción médico-familia es posible además de lo anterior, disminuir los costos médicos y evitar mayores costos económicos y sociales que representan las principales causas de morbimortalidad.(27,31)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Actualmente la Relación Médico-Paciente en la consulta institucional es insatisfactoria, cargada de obstáculos y dificultades, la tecnificación el carácter gratuito y el desprestigio de la seguridad social influye en la desvalorización del médico de familia.

El aumento en el número de pacientes en la consulta institucional ha deteriorado la comunicación entre el médico y el paciente, no permitiendo una relación humanista y afectiva que es fundamental en el ejercicio de la medicina.

¿Existe una Relación Médico-Paciente adecuada al finalizar el primer año de la segunda etapa del curso de Especialización en Medicina Familiar para médicos generales del ISSSTE?

## **JUSTIFICACIÓN:**

La Relación Médico-Paciente se encuentra muy deteriorada debido al crecimiento desmesurado de la población que genera necesidades de atención cada vez mayores, así como por el enorme avance del conocimiento y la tecnología institucional.

Lo anterior ha llevado a una falta de comunicación, afectividad y deshumanización del médico, lo que ha aumentado en forma considerable el número de demandas por parte de los usuarios. Actualmente en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico han llegado 3,343 casos de los cuales 1,857 procedieron a la fase de conciliación, la mayoría de ellos debido a una falta de comunicación y deshumanización por parte del médico.

La sociedad habla de una crisis de confianza y ha observado que a muchos médicos les falta entusiasmo por su trabajo y se limita a cumplir, dejando al paciente insatisfecho, incomprendido, no considerado como ser humano y respetado como tal.

El llevar a cabo este estudio es con el fin de que el médico retome una sólida función humanística, una comunicación adecuada y la madurez de espíritu para dar afecto, y por lo tanto llevar a cabo una Relación Médico-Paciente que deje satisfecho al paciente, disminuyendo el número de demandas y la institución vuelva a recobrar su prestigio.

La Relación Médico-Paciente debe llevarse a cabo en los tres niveles de atención, el primer nivel es el que tiene el primer contacto con los pacientes, y le corresponde iniciar la relación, logrando que la terapéutica e indicaciones médicas se lleven a cabo.

Como médicos de primer nivel de atención de una institución contamos con los recursos humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, lo cual permitirá darnos cuenta qué es lo que hace falta para llevar a cabo una

**Relación Médico-Paciente más completa en la clínica de medicina familiar Ecatepec.**

**Este estudio se puede llevar a cabo, por que existen los recursos humanos necesarios, lo cual permitirá observar si la Relación Médico-Paciente que predomina en nuestra clínica de Medicina Familiar "A" Ecatepec es adecuada.**



## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar si existe una Relación Médico-Paciente adecuada al finalizar el primer año de la segunda etapa del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales del ISSSTE.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1.- Identificar edad y sexo de los pacientes.
- 2.- Determinar si existe una relación humanista en el trato médico.
- 3.- Establecer si hay una comunicación adecuada médico-paciente.
- 4.- Determinar si existe afecto del médico hacia el paciente.

## **METODOLOGÍA:**

**TIPO DE ESTUDIO:** Prospectivo, transversal, observacional, descriptivo.

**POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:** La investigación se realizó en la clínica de Medicina Familiar "A" Ecatepec ISSSTE ubicada en la esquina de Isabel la Católica y Agricultura San Cristóbal Ecatepec Estado de México, la cual cuenta con una población adscrita 59,367 derechohabientes de los cuales son población activa 56,734 derechohabientes. El estudio se inició el 7 de Enero de 1995 y se término el 24 de Julio del mismo año.

**TIPO DE MUESTRA:** no probabilística por cuotas hasta completar 100.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- 1.- Pacientes derechohabientes, que sepan leer y escribir.
- 2.- Pacientes con edades de 18 en adelante.
- 3.- Pacientes adscritos al consultorio donde recibieron la consulta.
- 4.- Pacientes que aceptaron ser encuestados.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- 1.- Pacientes que no sean adscritos al consultorio donde recibieron la consulta.
- 2.- Niños y adolescentes hasta los 18 años.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- 1.- Pacientes que no contestaron el cuestionario.
- 2.- Pacientes que no quisieron contestar algunas preguntas del cuestionario.

## **INFORMACIÓN A RECOLECTAR:**

- 1.- Variable cuantitativa:** edad
- 2.- Variable independiente:** Relación Médico-Paciente.
- 3.- Variable dependiente:** Humanismo, Comunicación y afectividad.

**PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN:** La información fue captada en el turno matutino durante el horario de consulta, en la sala de espera, se seleccionó a los pacientes que reunían los criterios de inclusión, explicándoles la intención y finalidad de la realización de los cuestionarios, invitándolos a participar en el estudio.

Se aplicó un cuestionario compuesto de 20 preguntas dividido en tres esferas: Las primeras 5 preguntas correspondieron a humanismo, la 11 posteriores a comunicación, y las 4 últimas a afectividad. Las respuestas de los cuestionarios se recopilaron y se vaciaron en una cédula de recolección de datos, se obtuvieron estadística de porcentajes por grupo de edad, sexo, así como de las tres esferas estudiadas y se presentaron en gráficas de pastel y barras.

**CONSIDERACIONES ÉTICAS:** Se le indicó al derechohabiente que tenía derecho a decidir si participaba en el estudio, se pidió la aceptación verbal y no por escrito para evitar que el paciente se estresara. Se les aseguró a los pacientes que no habría represalias y que no se afectaría la relación con su médico ya que la encuesta era con carácter de confidencial.

De acuerdo a la declaración de Helsinky:

- 1.- La responsabilidad de los pacientes siempre descansó sobre una persona médicamente calificada.**
- 2.- Se respetó el derecho de cada sujeto a salvaguardar su integridad, así como a respetar su vida privada.**
- 3.- Se les informó a los encuestados los objetivos, métodos y beneficios que el estudio provocaría.**
- 4.- Los resultados publicados fueron veraces.**
- 5.- No afectó el médico el hecho que el paciente se negara a contestar las preguntas.**

## **RESULTADOS:**

Se realizó el estudio en 100 pacientes con un porcentaje de respuesta del 100%. El 58% de los cuestionados corresponde al sexo femenino, y el 42% al sexo masculino.

Se observó que 58 pacientes fueron del sexo femenino y 42 del sexo masculino de los cuales para el sexo femenino el rango de edad más frecuente fue de 40 a 44 años, y para el sexo masculino fue de 35-39 años de edad.

Referente al aspecto humanístico en la Relación Médico-Paciente de nuestra muestra el 86% y 93% del sexo masculino y femenino respectivamente percibieron que el médico se interesó por su problema. El 81% del sexo masculino y el 86% del sexo femenino indicaron que el médico mostró deseo de ayudarles. Al 67% del sexo masculino y el 62% del sexo femenino se les dio el tiempo necesario en la consulta. El 71% de los pacientes del sexo masculino y 72% del sexo femenino fueron recibidos amablemente por el médico. Por último al 74% de pacientes del sexo masculino y 60% del sexo femenino el médico les llamo por su nombre.

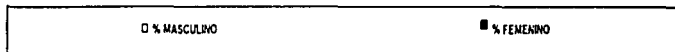
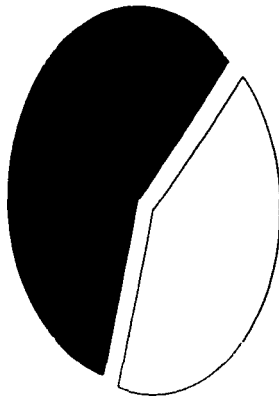
Respecto a la comunicación en la Relación Médico-Paciente el médico saludo al 74% de los pacientes del sexo masculino y al 78% del sexo femenino. El médico permitió realizar preguntas sobre su enfermedad al 86% del sexo masculino y al 69% del sexo femenino. El médico explicó sobre su enfermedad al 79% de los pacientes del sexo masculino y al 78% del sexo femenino. El médico indicó como evitar recaídas al 71% de los pacientes del sexo masculino y femenino. Al 76% de pacientes del sexo masculino y femenino el médico le indicó como mejorar su salud. Observaron que la comunicación verbal y no verbal del médico era congruente en el 93% de pacientes del sexo masculino y en el 95% de pacientes del sexo femenino. El médico se expresó con claridad con el 76% de los pacientes del sexo masculino y femenino.

El paciente se ajustó a las indicaciones del médico en el 88% del sexo masculino y en el 86% del sexo femenino. El 64% de los pacientes del

sexo masculino y el 57% del sexo femenino sabían que tanto estaba afectada su salud. El 98% de los pacientes del sexo masculino y el 97% del sexo femenino logró su recuperación con las indicaciones médicas en consultas anteriores. El 26% de los pacientes del sexo masculino y el 53% de los pacientes del sexo femenino sobrelleva bien su padecimiento.

En cuanto a la afectividad en la Relación Médico Paciente el médico demostró aceptación hacia el paciente en un 48% del sexo masculino y un 67% del sexo femenino. El médico le inspiró confianza al 48% de los pacientes del sexo masculino y al 43% del sexo femenino. Opinaron que la consulta fue satisfactoria el 76% de pacientes del sexo masculino y el 84% del sexo femenino. Por último fueron revisados por el médico el 33% de los pacientes del sexo masculino y 40% del sexo femenino.

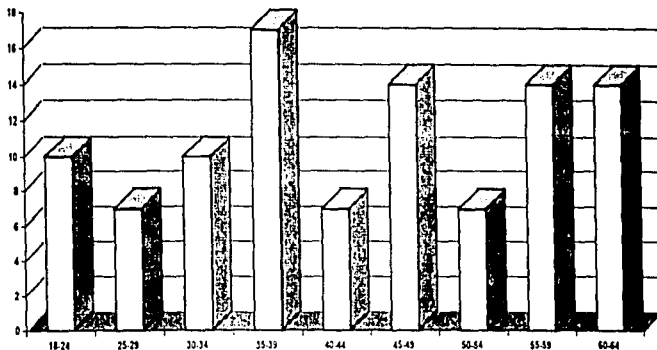
## DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO



| SEXO      | PORCENTAJE |
|-----------|------------|
| MASCULINO | 42 %       |
| FEMENINO  | 58 %       |
| TOTAL     | 100 %      |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD MASCULINO



□ % MASCULINO

| EDAD  |
|-------|
| 18-24 |
| 25-29 |
| 30-34 |
| 35-39 |
| 40-44 |
| 45-49 |
| 50-54 |
| 55-59 |
| 60-64 |
| TOTAL |

| MASCULINO |       |
|-----------|-------|
| No.       | %     |
| 4         | 10 %  |
| 3         | 7 %   |
| 4         | 10 %  |
| 7         | 17 %  |
| 3         | 7 %   |
| 6         | 14 %  |
| 3         | 7 %   |
| 6         | 14 %  |
| 6         | 14 %  |
| 42        | 100 % |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD FEMENINO



□ FEMENINO

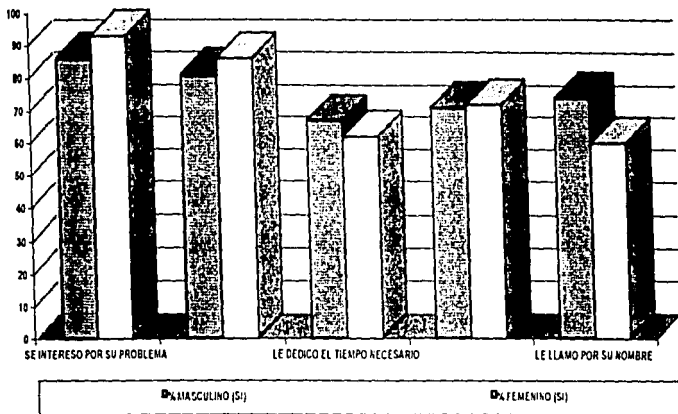
| EDAD  |
|-------|
| 18-24 |
| 25-29 |
| 30-34 |
| 35-39 |
| 40-44 |
| 45-49 |
| 50-54 |
| 55-59 |
| 60-64 |
| TOTAL |

| FEMENINO |       |
|----------|-------|
| No.      | %     |
| 7        | 12 %  |
| 9        | 16 %  |
| 9        | 16 %  |
| 5        | 8 %   |
| 10       | 17 %  |
| 8        | 14 %  |
| 3        | 5 %   |
| 3        | 5 %   |
| 4        | 7 %   |
| 58       | 100 % |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



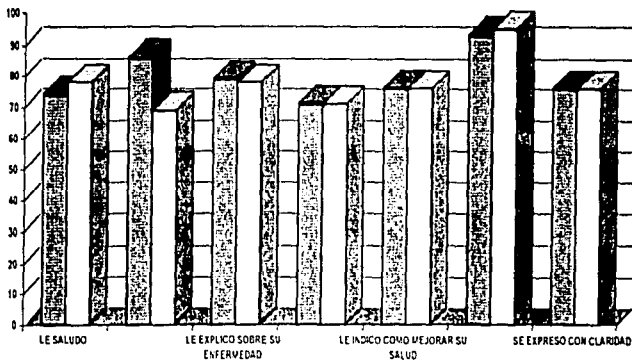
## HUMANISMO MEDICO - PACIENTE



| EL MEDICO                   | MASCULINO |      |    |      | FEMENINO |      |    |      |
|-----------------------------|-----------|------|----|------|----------|------|----|------|
|                             | SI        | %    | NO | %    | SI       | %    | NO | %    |
| SE INTERESA POR SU PROBLEMA | 36        | 86 % | 6  | 14 % | 54       | 93 % | 4  | 7 %  |
| MOSTRO DESEO POR AYUDARLE   | 34        | 81 % | 8  | 19 % | 50       | 86 % | 8  | 14 % |
| LE DIO EL TIEMPO NECESARIO  | 28        | 67 % | 14 | 33 % | 36       | 62 % | 22 | 38 % |
| LE RECIBIO AMABLEMENTE      | 30        | 71 % | 12 | 29 % | 42       | 72 % | 16 | 28 % |
| LE LLAMO POR SU NOMBRE      | 31        | 74 % | 11 | 26 % | 35       | 60 % | 23 | 40 % |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## COMUNICACIÓN MEDICO - PACIENTE

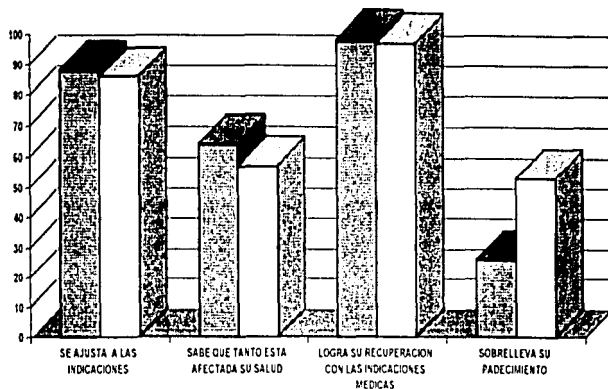


♂ MASCULINO (SI)
♀ FEMENINO (SI)

| EL MEDICO                               | MASCULINO |      |    |      | FEMENINO |      |    |      |
|---|-----------|------|----|------|----------|------|----|------|
|   | SI        | %    | NO | %    | SI       | %    | NO | %    |
| LE SALUDO                               | 31        | 74 % | 11 | 26 % | 45       | 78 % | 13 | 22 % |
| LO DEJO REALIZAR PREGUNTAS              | 36        | 86 % | 6  | 14 % | 40       | 69 % | 18 | 31 % |
| LE EXPLICO SOBRE SU ENFERMEDAD          | 33        | 79 % | 9  | 21 % | 45       | 78 % | 13 | 22 % |
| LE INDICO COMO EVITAR RECAIDAS          | 30        | 71 % | 12 | 29 % | 41       | 71 % | 17 | 29 % |
| LE INDICO COMO MEJORAR SU SALUD         | 32        | 76 % | 10 | 24 % | 44       | 76 % | 14 | 24 % |
| TIENE CONGRUENCIA CON GESTOS Y PALABRAS | 39        | 93 % | 3  | 7 %  | 55       | 95 % | 3  | 5 %  |
| SE EXPRESO CON CLARIDAD                 | 32        | 76 % | 10 | 24 % | 44       | 76 % | 14 | 24 % |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

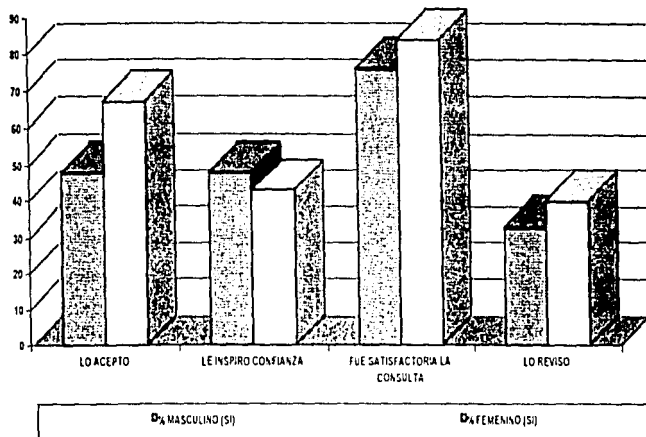
## COMUNICACIÓN PACIENTE - MEDICO



|  | MASCULINO (S) |      |          |      | FEMENINO (S) |      |          |      |
|--|---------------|------|----------|------|--------------|------|----------|------|
| EL PACIENTE  | MASCULINO     |      | FEMENINO |      | MASCULINO    |      | FEMENINO |      |
|  | SI            | %    | NO       | %    | SI           | %    | NO       | %    |
| SE AJUSTA A LAS INDICACIONES                       | 37            | 88 % | 5        | 12 % | 50           | 86 % | 8        | 14 % |
| SABE QUE TANTA ESTA AFECTADA SU SALUD              | 27            | 64 % | 15       | 36 % | 33           | 57 % | 25       | 43 % |
| LOGRA SU RECUPERACION CON LAS INDICACIONES MEDICAS | 41            | 98 % | 1        | 2 %  | 56           | 97 % | 2        | 3 %  |
| SOBRELLEVA SU PADECIMIENTO                         | 11            | 26 % | 31       | 74 % | 31           | 53 % | 27       | 47 % |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## AFECTO Y RELACION MEDICO - PACIENTE



| EL MEDICO                          | MASCULINO |      |    |      | FEMENINO |      |    |      |
|------------------------------------|-----------|------|----|------|----------|------|----|------|
|                                    | SI        | %    | NO | %    | SI       | %    | NO | %    |
| LO ACEPTO                          | 20        | 48 % | 22 | 52 % | 39       | 67 % | 19 | 33 % |
| LE INSPIRO CONFIANZA               | 20        | 48 % | 22 | 52 % | 25       | 43 % | 33 | 57 % |
| DIO SU CONSULTA SATISFACTORIAMENTE | 32        | 76 % | 10 | 24 % | 49       | 84 % | 9  | 16 % |
| LO REVISO                          | 14        | 33 % | 28 | 67 % | 23       | 40 % | 35 | 60 % |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## **DISCUSIÓN:**

La relación entre el médico y el paciente pueden estudiarse desde diversos enfoques. Discriminar entre estas diversas formas de acceso ha facilitado el estudio de esta relación y ha constituido un avance de gran importancia en la investigación en este campo, una forma de acercarse a esta evaluación es describiendo la Relación Médico-Paciente.

En el sector salud-ISSSTE, no se tomaba en cuenta la opinión del derechohabiente, actualmente se ha modificado esta actitud, existe un acuerdo en la importancia de conocer su opinión acerca del servicio que se le esta ofreciendo. Por lo anterior en nuestro estudio se tomo en cuenta la opinión del usuario para valorar la Relación Médico-Paciente al finalizar el primer año del curso de especialización en medicina familiar.

En nuestro estudio observamos que aunque la diferencia fue mínima hubo mayor participación en el sexo femenino.

Referente al humanismo en un estudio realizado por Magallón Bota y colaboradores (30) en Febrero de 1995 sobre la búsqueda de calidad se observo una discrepancia en la consulta entre el trato dispensado por el profesional que se catalogo como buena o excelente en la mayoría de los casos, frente al nivel de información que se suministra al paciente y el interés demostrado hacia el problema que se valoró como deficiente.

En nuestro estudio el interés y deseo de ayudar al paciente fue satisfactoria, en cambio la amabilidad demostrada por el médico no fue satisfactoria para el paciente . Lo anterior nos hace confirmar que el gran crecimiento en el número de pacientes a nivel institucional no permite dar más tiempo al paciente y por lo tanto amabilidad adecuada.

En un estudio realizado por Byrne y long en 1976 (14) se encontró que las consultas insatisfactorias eran relativamente más cortas que las

satisfactorias y que en las primeras se dedica menos tiempo a aclarar las razones por las que el paciente había ido a la consulta.

En un estudio realizado en 1995 por B. Orgando Díaz (32) sobre el tiempo que se le dedica a los pacientes, se observó que los pacientes que acuden en forma directa se les dedica consultas más largas y a los pacientes que consultan en forma indirecta se les atiende en forma breve y deficiente.

En nuestro estudio no se llegó al 80% en la satisfacción de tiempo dedicado, lo que nos hace pensar que es necesario dedicarle más tiempo al paciente ya que diferentes estudios como el de B Orgando Díaz demuestran que las actividades preventivas y la promoción a la salud se realizan en las consultas mas largas.

Actualmente con el programa de atención primaria a la salud es necesario que se realice una organización más adecuada, dando al paciente más tiempo y promover todas las actividades preventivas.

En cuanto a la comunicación en un estudio realizado por Mahler H (33) sobre las necesidades humanas fundamentales se observó que el 80% de los encuestados afirma que la atención mejoraría si el médico escuchara más la opinión de los pacientes. En este estudio el 90% recibieron explicación pero la tercera parte dice que las explicaciones son insuficientes y que no las entienden por que las dan con palabras raras.

En nuestro estudio se le dio explicación a más del 75% de los casos, así como el médico se expreso con claridad. A pesar de lo anterior los pacientes no están bien enterados de que se trata su enfermedad, por lo que les es difícil sobrellevarla.

El paciente necesita información principalmente sobre su enfermedad es decir sobre "lo que tiene", "sobre métodos terapéuticos" y fundamentalmente sobre el tiempo que demandará su enfermedad que es precisamente el aspecto que crea más inseguridad y ansiedad, por lo que implica su pérdida de rol laboral y familiar mientras se encuentra desempeñando su involuntario rol de enfermo.

En un estudio realizado por Rosenthal A., Méndez Diz <sup>(34)</sup> se considera que los médicos se enojan si el paciente no sigue sus consejos, sin suponer que pudiera haber razones que justifiquen tal conducta. También en este estudio se considera importante la congruencia que hay en la comunicación, considerando que cuando se lleva a cabo el paciente tiene más confianza hacia el médico.

En nuestro estudio se observó que a pesar que en menos del 80 % de los casos se dio explicaciones con un lenguaje claro, más del 80% sigue las indicaciones logrando su recuperación. Lo anterior nos hace pensar que existieron sesgos, debido a que las encuestas se realizaron directamente y el usuario podría pensar que si indicaba que no seguía las indicaciones no se le daría más consultas.

Es importante tomar en cuenta que un paciente a quien se le han aclarado dudas sobre su enfermedad o problema de salud, su tratamiento y posibilidad y tiempo de curación estará más dispuesto a colaborar en los procesos de su recuperación.

El lenguaje gestual se visualiza no solo por la amabilidad brindada sino por la privacidad que se ofrece durante la consulta. En nuestro estudio en más del 80% de los casos el médico fue congruente con su comunicación no verbal.

Respecto a la afectividad en un estudio realizado sobre la satisfacción laboral y la calidad de atención médica realizado por Carolina Salinas-Oviedo y col en 1994<sup>(31)</sup> encontraron que el 50% de los pacientes encuestados sobre el servicio de la consulta externa manifestó que la atención fue excelente.

Se observó en nuestro estudio que el 80% de los encuestados recibió una consulta satisfactoria, pero menos del 76% fue aceptado por el médico, y el médico le inspiró confianza.

La satisfacción del paciente depende de la percepción que éste tenga acerca de la competencia técnica del médico. El sexo femenino mostró

más satisfacción en las consultas, lo cual no podemos valorar el porque ya que no se investigo el sexo del médico.

El Dr. Jorge M Soni <sup>(24)</sup> observo con respecto a la exploración física en un estudio realizado por el, que el 72% de los pacientes fue revisado cuando asistieron a la consulta, aunque el porcentaje es "alto", es poco posible dar una buena atención médica sin una exploración adecuada.

En nuestro estudio menos del 50% de los pacientes fue revisado. Hay que tomar en cuenta que los pacientes prefieren una exploración física más completa que la que se realiza a nivel institucional. Es necesario un clima de intimidad el cual se crea con el tiempo y con la continuidad en la atención.

En un estudio realizado por Mahler H <sup>(33)</sup> el 48% de los pacientes indicaron que antes los médicos les dedicaban más tiempo durante la exploración física, el 31% no observo cambios, y el 21% considera que el médico le dedica más tiempo.

En nuestro estudio el tiempo brindado al paciente fue deficiente así como no se realizo exploración física adecuada. Por lo anterior no es por demás mencionar nuevamente que el aumento en el número de pacientes a nivel institucional hacen imposible una Relación médico paciente adecuada al 100%.



## **CONCLUSIONES:**

Podemos afirmar que el método se mostró sencillo de aplicar, poco costoso, factible de realizar en nuestro medio y que a grosso modo detecta problemas en la Relación Médico-Paciente.

La Relación Médico Paciente al finalizar el primer año de la segunda etapa del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales del ISSSTE fue detectada como deficiente ya que los médicos solo aplican en la consulta alguno de los parámetros estudiados como son humanismo, comunicación y afectividad.

En cuanto al humanismo se encontró que el médico se interesó por el problema del paciente y mostró deseos de ayudarlo, sin embargo fue deficiente la forma de recibir al paciente y no se le brindó el tiempo necesario.

En nuestro estudio se encontró que aunque la comunicación no fue tan deficiente los pacientes sobrellevan mal su padecimiento. Esto nos muestra que la comunicación debe ser más completa.

El factor afecto en nuestro estudio se llevó a cabo en forma insatisfactoria ya que la mayoría de los pacientes indicaron que no sintieron confianza y aceptación por el médico así como no fueron revisados, por lo anterior es importante recordar que la adecuada Relación Médico-Paciente debe ser encarada con un enfoque centrado no ya en la enfermedad, sino en el hombre enfermo y en sus circunstancias como emergente de una situación social.

Para mejorar la Relación Médico Paciente se proponen los siguientes puntos sobre las fallas encontradas:

- 1.- Realizar pláticas educativas motivacionales para los médicos con el fin de modificar la calidad de atención.

- 2.- Actualización constante de los médicos familiares, para que puedan brindar una atención de calidad.**
- 3.- Recuperar en toda su magnitud la formación humanística del personal de salud (médicos, enfermeras, administrativos), por medio de cursos de motivación , estímulos económicos y reconocimientos.**
- 4.- Abrir espacios para el interrogatorio y exploración física que son los instrumentos tradicionales de la medicina.**
- 5.- Reducir el indicador de consultas médicas para mejorar la atención, lo cual permitiera retomar la Relación Médico-Paciente en toda su expresión.**

Hubiera sido de gran importancia haber estudiado la Relación Médico-Paciente antes de iniciar el curso de especialización en medicina familiar para realizar una comparación, por lo anterior se sugiere que en trabajos posteriores se realice una comparación de la relación antes y después de terminar el curso.

Deducimos que el cuestionario en nuestro estudio no fue el adecuado ya que limitó la información susceptible de recolectarse.

Por último es importante mencionar que el trabajo presenta deficiencias metodológicas por no haber llevado a cabo una muestra probabilística y por no emplear un análisis factorial lo cual podría realizarse en próximos estudios o en estudios modificados.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

- 1.- De la Fuente R La alianza terapéutica. Cuadernos de Psicología Médica. U.N.A.M. 1983;1-36.**
- 2.- Sergio López Salamanca S Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Revista Médica IMSS. 1995;33:317-320.**
- 3.- De la Fuente R. Introducción al estudio de la Psicología Médica. Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría. 1983;1-30.**
- 4.- Diaz del Castillo E. Reflexiones sobre humanismo, pediatría y perinatología. Revista Médica del IMSS. 1995;33:213-221.**
- 5.- Climent G, y Méndez Diz A. accesibilidad cultural: Satisfacción de las necesidades en la relación médico-paciente. Revista Internacional de Medicina Familiar 1985;8-12.**
- 6.- Collado Ardón R y San Esteban E. Enfoque filosófico en la relación médico paciente. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 1995;38:2:63-72.**
- 7.- Cuevas-Urióstegui M, Oliver Marquez J, y Sumano Catalan M. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. Sakyd Pública de México. 1991;33:576-584.**
- 8.- Narro Robles J. La Relación Médico-Paciente. Revista de la Facultad de Medicina. 45-49.**

- 9.- Ogando Díaz B. Ética en la práctica de la medicina general: una asignatura pendiente. Atención Primaria 1994;14:80-83.**
- 10.- Muñoz Hernandez O y Gaduño Espinosa J. Humanismo y ciencia médica. Una falsa dicotomía. Revista Médica del IMSS. 1995;33:1-8.**
- 11.- De la fuente R. Humanismo en la formación del Médico. La educación médica y la salud en México. De la Fuente R y Rodríguez carranza R Siglo Veintiuno editores. Primera edición. México. 1996: 59-69.**
- 12.- Chesterfield L. Relación Médico Paciente. Introducción de la Medicina Familiar. 60-90.**
- 13.- Peabody FW. Relación Médico-Paciente. JAMA. 1927;88-89.**
- 14.- MC Whinney I. Comunicación Médico-Paciente. Principios Básicos de Medicina de Familia. Ian R:M:C: Whinney. Mosby Doyma Libros. 1994:89-112.**
- 15.- Moor L. La entrevista. Elementos de Psicología Médica. 54-71.**
- 16.- Florenzano Urzua R. La relación médico-paciente en Medicina Familiar. Revista Internacional de Medicina Familiar.1986;3:23-27**
- 17.- Loayssa Lara J, García García M,Gaminde Inda Y y Vilichis Plaza C. Percepciones de los médicos de familia sobre la relación médico-paciente. atención Primaria. 1995;15:6:76-78.**
- 18.-Prime B. Educación del paciente y recursos de la comunidad. Habilidades educacionales. Apuntes de medicina familiar. Cap 24.**

- 19.-Narro Robles J. La relación médico-paciente como modelo de investigación. Revista de la facultad de Medicina Méx. 1979;22:7:17-21.
- 20.-Aguirre Espíndola, Vega Simont E y Huichim Aguilar M. De médicos de cuerpo sin alma. Revista Médica del IMSS. 1996;34:385-387.
- 21.- Viniestra Velázquez L. Las instituciones de atención médica. Como acercarse a la medicina. Viniestra Velázquez L. Noriega Limusa. Primera edición México, D.F. 1991:152-161.
22. Barquín M La problemática actual en la medicina. Historia de la Medicina. Dr. Barquín M. Francisco Méndez Oteo. Cuarta edición. 1979:351-378.
- 23- Velazco Orellana R.. Trascendencia y perspectivas de la medicina familiar a veintidós años de establecida. Revista Médica del IMSS 1995;33:61-65.
- 24.- Soni M J. Actitudes de los Usuarios hacia los servicios de salud de primer contacto. Revista de la Facultad de Medicina Méx. 1980;23:7:18-23.
- 25.- Valadez Toscano F. El ser humano reducido a calidad de producto. Revista Médica del IMSS. 1993;31:325-326.
26. Ceitlin J. Apuntes de Medicina Familiar. Capitulo primero ¿Que es la Medicina Familiar?. 1-25.
- 27.-Sánchez Luna G. El reto actual de la medicina familiar en México. Revista Médica del IMSS. 1994;32:355-357.
- 28.- Aguirre Gas H. Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. Salud Pública de México. 1991;33:623-629.

- 29.- Marquet R. De la Garantía a la mejora continua de la calidad de la atención. Atención Primaria. 1991;8:10:743-744.**
- 30.-Magallón Botaya R, García Mata J y Antoñanzas Lombarte A. Usuarios-médicos: a la búsqueda de nuevas técnicas de detección de problemas de calidad. Atención Primaria. 1995;15:2:73-80.**
- 31.- Salinas Oviedo C, Laguna Calderon J y Mendoza Martínez R. La satisfacción Laboral y su papel en la Evaluación de la calidad de la Atención Médica. Salud Publica de México.1994;36:22-29.**
- 32.- Ogando Díaz B , Giménez Vázquez A y Núñez A. ¿Cuánto tiempo le dedica a su pacientes? Estudio del contenido de las consultas médicas según su duración. Atención Primaria. 1995;15:5:30-35.**
- 33.- Mahler H. Las necesidades humanas fundamentales como objetivo mundial de salud. BOPS. 1977;83:3.**
- 34.- Rosenthal A, Méndez Diz A y col. Niveles de satisfacción-insatisfacción en la demanda de la población médica de la población infantil Revista internacional de Medicina Familiar. 1975. Inedito.**

#### **OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:**

- A.- Méndez Ramirez I, Namihira Guerrero D, Moreno Almirano L, Sosa de Martínez C. El Protocolo de Investigación. Trillas. Segunda edición. Cuarta reimpresión. México, D.F. abril 1996.**
- B.-Rojas Soriano R. Guía para realizar investigaciones sociales.Editorial Plaza y Valdez. 14a. edición. México, D.F. Septiembre 1994.**

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

# ANEXO A

## CUESTIONARIO:

EDAD:

SEXO: F ( ) M ( )

- 1.- ¿El médico se interesó por su problema?  
SI ( ) NO ( )
- 2.- ¿El médico mostró deseo de ayudarlo?  
SI ( ) NO ( )
- 3.- ¿El médico le dedicó el tiempo necesario a su consulta?  
SI ( ) NO ( )
- 4.- ¿El médico le recibió amablemente?  
SI ( ) NO ( )
- 5.- ¿El médico le llamó por su nombre?  
SI ( ) NO ( )
- 6.- ¿El médico le saludó?  
SI ( ) NO ( )
- 7.- ¿El médico le dio la oportunidad de hacer alguna pregunta?  
SI ( ) NO ( )
- 8.- ¿El médico le explicó en que consiste su enfermedad?  
SI ( ) NO ( )
- 9.- ¿El médico le indicó como evitar recaídas?  
SI ( ) NO ( )
- 10.- ¿El médico indicó como mejorar su salud?  
SI ( ) NO ( )
- 11.- ¿Los gestos y palabras corresponden a la forma de hablar del médico?  
SI ( ) NO ( )
- 12.- ¿El médico se expresó con claridad?  
SI ( ) NO ( )
- 13.- ¿Usted se ajusta a las indicaciones médicas?  
SI ( ) NO ( )
- 14.- ¿Sabe que tanto esta afectada su salud?  
SI ( ) NO ( )
- 15.- ¿Con las indicaciones médicas cree lograr su recuperación?  
SI ( ) NO ( )
- 16.- ¿Sobrelleva bien el padecimiento que usted tiene?  
SI ( ) NO ( )
- 17.- ¿Usted acepta a su médico?  
SI ( ) NO ( )
- 18.- ¿Su médico le inspiró confianza?  
SI ( ) NO ( )
- 19.- ¿La consulta que recibió fue satisfactoria?  
SI ( ) NO ( )
- 20.- ¿El médico lo revisó?  
SI ( ) NO ( )

## **ANEXO B**

### **CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

| <b>E D A D</b> | <b>S E X O</b>  |                  |
|----------------|-----------------|------------------|
|                | <b>FEMENINO</b> | <b>MASCULINO</b> |
| <b>18 - 24</b> |                 |                  |
| <b>25 - 29</b> |                 |                  |
| <b>30 - 34</b> |                 |                  |
| <b>35 - 39</b> |                 |                  |
| <b>40 - 44</b> |                 |                  |
| <b>45 - 49</b> |                 |                  |
| <b>50 - 54</b> |                 |                  |
| <b>55 - 59</b> |                 |                  |
| <b>60 - 64</b> |                 |                  |



# ANEXO C

## CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

| No. DE PER-SONAS | EDAD | SEXO  |      | No. DE PREGUNTA |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------------|------|-------|------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|                  |      | MASC. | FEM. | 1               | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                  |      |       |      |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |