

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.94

RELACION MEDICO PACIENTE EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL DE MANERA REGULAR E IRREGULAR.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. VERONICA MARTINEZ FLORES



ASESORES:
DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
DR. JOSÉ RUBÉN QUIROZ PÉREZ

MEXICO, D.F.

MAYO 2005

0347971



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.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES MA. GUADALUPE FLORES Y MAGDALENO MARTÍNEZ PORQUE CON SU AMOR, DEDICACIÓN Y ORIENTACIÓN HAN FORMADO A LA PERSONA QUE AHORA SOY. RECUERDEN QUE CADA LOGRO EN LA VIDA ES SIEMPRE PENSANDO EN USTEDES.

A MI HERMANO GERARDO MARTÍNEZ POR MOTIVARME A BRINDAR MI MEJOR ESFUERZO TODOS LOS DÍAS DE MI RESIDENCIA.

A MI GRAN AMIGA ROSA C. ESPINOZA POR DARMER FORTALEZA Y CONFIANZA PARA SEGUIR EN ESTE CAMINO BRINDÁNDOME SU AYUDA INCONDICIONAL.

A MI ASESORA, DRA. PATRICIA OCAMPO POR SER SIEMPRE TOLERANTE, COMPRESIVA Y BRINDARME SIEMPRE BUENOS CONSEJOS QUE ME AYUDARON EN MI DESARROLLO.

A MI ASESOR, DR. RUBEN QUIROZ POR SUS ENSEÑANZAS, SU PACIENCIA Y DISPOSICIÓN PARA BRINDARME MAYOR CONOCIMIENTO.

A LA DRA. LIDIA BAUTISTA PORQUE PENSANDO EN NOSOTROS NOS CONDUJO CON DISCIPLINA PARA FORMAR MÉDICOS RESPONSABLES Y EXITOSOS, GRACIAS POR TODO EL APOYO Y CARÍÑO A NUESTRO GRUPO.

GRACIAS A TODOS MIS COMPAÑEROS DE RESIDENCIA: KARINA, MIRNA, DALILA, ISABEL, LOVIS, PEDRO, IVONNE, JUANITA, LUCIA, ELENA, FELIPE Y REGULU, TODOS FORMAN PARTE DE UNA ETAPA EN MI VIDA QUE SIEMPRE RECORDARE.

A LOS DOCTORES DE CADA ROTACIÓN GRACIAS POR SUS CONOCIMIENTOS TRANSMITIDOS QUE HACEN QUE ME SUPERE CADA DÍA PARA BRINDAR UNA MEJOR ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES.

GRACIAS A DIOS POR HABERME CONCEDIDO EL DON DE LA VIDA Y MANTENERME EN PIE HASTA EL MOMENTO.

Autorizo a la Dirección de Asesoría de Tecnologías de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Verónica Martínez Flores

FECHA: 21 Sep / 2005

FIRMA: [Firma]

AUTORIZACIONES



Dra. Patricia L. Pérez Sánchez
Coordinadora Delegacional de Investigación en Salud.



Dra. Guadalupe Garfias Garnica
Coordinadora Delegacional de educación en Salud.



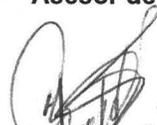
Dra. Ana María Cortes Aguilera
Directora de la Unidad de Medicina Familiar



Dra. Patricia Ocampo Barrio
Jefe de Educación Médica UMF No. 94
Asesor de Tesis



Dr. José Rubén Quiroz Pérez
Jefe Sección Educación Continua del Departamento de Medicina Familiar
Universidad Nacional Autónoma de México
Asesor de Tesis



Dra. Lidia Bautista Samperio
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar UMF No.94.

RESUMEN

Objetivo: Comparar la relación médico paciente entre embarazadas que acuden de manera regular a control prenatal y las que acuden de manera irregular.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, comparativo, transversal y prolectivo. Se incluyeron a 60 pacientes embarazadas de las cuales 30 tenían control prenatal regular y 30 tenían control irregular, las cuales se capturaron a través de las pláticas educativas programadas por trabajo social, así como a través del servicio de dental, en medicina preventiva, y en laboratorio de análisis clínicos. Previa autorización del participante por medio de consentimiento informado se entregó un instrumento para ser contestado de manera individual; dicho instrumento fue validado en 1995 por Álvarez r. y cols. con una confiabilidad de 0.69, que evalúa el grado de satisfacción en la Relación Médico Paciente (RMP), categorizándola en satisfactoria, medianamente satisfactoria e insatisfactoria.. Con los datos obtenidos se acudió al consultorio correspondiente, para corroborar los criterios de inclusión establecidos. Se propuso una decisión estadística en la que: se rechazará H_0 si la J_i experimental es > 0.05 .

Resultados:

En el grupo de pacientes regulares, la relación médico paciente se presentó como satisfactoria en 18 (5.4%) personas, medianamente satisfactoria en 10 (3%) e insatisfactoria en 2 (0.6%). En el grupo de pacientes irregulares, la distribución para relación médico paciente se presentó como satisfactoria en 20 (12%) personas, medianamente satisfactoria en 7 (2.1%) e insatisfactoria en 3 (0.9%).

Conclusiones:

No fue posible determinar diferencias en la relación médico paciente que establece la embarazada que acude a control prenatal de manera regular e irregular. Las características sociodemográficas encontradas en ambos grupos fueron similares y no parecen influir sobre la asistencia a control prenatal.

Palabras clave: lactancia materna, lactancia artificial, lactancia mixta, IRA y EDA.

INDICE

MARCO TEORICO	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
PREGUNTA DE INVESTIGACION	10
HIPÓTESIS	11
OBJETIVO GENERAL	11
DISEÑO DE ESTUDIO	11
UNIVERSO DE TRABAJO	11
POBLACIÓN EN ESTUDIO	11
DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE MUESTRA	11
TIPO DE MUESTREO	11
IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	11
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	12
PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA	13
CUADRO DE VARIABLES	14
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN	16
RESULTADOS	17
ANÁLISIS DE RESULTADOS	19
CONCLUSIONES	20
SUGERENCIAS	20
FIGURAS	21
BIBLIOGRAFIA	26
ANEXOS	28

MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En la actualidad, la atención a la Salud Materno Infantil se ha convertido en una prioridad impostergable para los Servicios de Salud, dada la importancia que tiene sobre el bienestar del núcleo familiar y social. La atención médica proporcionada a la mujer embarazada tiene como propósitos prevenir complicaciones durante el curso del embarazo, a través de un diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas. (1)

La preocupación por el cuidado de la embarazada no es una cuestión nueva, sus primeros antecedentes aparecen en los papiros egipcios 1 500 a.c. En nuestro país tiene su más antiguo antecedente en la organización social de los aztecas. En esta cultura el cuidado de la mujer embarazada, la atención del parto y la vigilancia del puerperio se encontraba en mano de mujeres que antes de ejercer formalmente esta función adquirían un acúmulo de conocimientos a través de la práctica con otras mujeres que realizaban la misma función, esto las convertía en un ser respetado y estimado en la sociedad, eran conocidas por el nombre de la "Ticitl", quien desempeñaba un papel verdaderamente complejo, pues no solamente se encargaba de aconsejar y vigilar a la mujer durante su preñez, asistir el parto y el puerperio, sino que sus importantes funciones empezaban desde antes de que viniera el embarazo, siendo ella la que cargaba acuestas a la novia para entregarla a su prometido; si sobrevenía el embarazo, dictaba las medidas más prudentes de orden higiénico. Durante el último trimestre la partera o Ticitl, excedía sus cuidados y le hacía tomar con cierta frecuencia baños de vapor en el Temazcalli. Se mudaba a la casa de la embarazada para vivir con ella, desde varios días antes del parto, preparando ella misma la comida. Asistía después el parto y si se presentaba una distocia asumía el papel de cirujano. (2)

Ante la esmerada atención y cuidados que recibía la mujer durante el estado grávido puerperal en la época precortesiana, es de suponer que la morbimortalidad materna no debió ser elevada. Podemos apreciar que nuestra civilización indígena tenía un gran adelanto en lo referente a cuidados pre y pos natales, así como el alto concepto de la maternidad la que era considerada como medio de garantizar los rasgos esenciales de la estirpe y el fortalecimiento de la raza. (2)

Con la llegada de los españoles y consumada la conquista, se produjeron un sin número de cambios, entre ellos la desvalorización que tuvo la ticitl, ante los conocimientos y creencias de los conquistadores; tiempo después comenzaron a ser perseguidas por los nuevos evangelizadores. Esta guerra sin cuartel, de orden cultural, social y religiosa fue el principio de la desaparición de la partera Ticitl y con tristeza se observó que no surgía la nueva partera que la sustituyera. La profesión de partera comenzó a ser vista con el más profundo desdén y quedó relegada a las mulatas y las negras, ambas esclavas. A pesar de no existir datos fidedignos, es de suponer que los cuidados prenatales se tornaron deficientes y que la morbimortalidad materna aumentó por el descuido, negligencia y escasa preparación de estas nuevas parteras.

En el año de 1527 se funda la Cátedra de Medicina, sin embargo no se contempla dentro de su programa la atención de la mujer durante el estado grávido y puerperal. Los médicos de la Colonia veían casi con horror la asistencia de los partos y ni siquiera los médicos llamados romancistas tenían a bien dedicarse a la Obstetricia. Para el año de 1768 se fundo el Real Colegio de Cirugía; para la Obstetricia tuvo importancia este acontecimiento, porque los cirujanos hicieron monopolio de esta práctica, la cual se torno técnica y desprovista del sentido humanista de la antigua Ticitl. Tal vez esto explique porque en el año 1921 se presento una mortalidad materna de 90 por 10 000 nacidos vivos, una mortalidad fetal de 8 por cada 100 embarazos y 28 muertos en la primera infancia por cada 100 nacimientos, cifras que expresaban la nula o deficiente atención para la mujer grávida y el producto de la concepción. Situación que lleva a emitir a las Instancias de Salud de nuestro país las primeras normas y acciones tendientes a la protección a la mujer durante el estado grávido y puerperal. (2)

En la actualidad es sabido que todo embarazo implica un riesgo de presentar complicaciones que puedan precipitar la muerte de la madre, el producto o ambos, esto es conocido como concepto de Riesgo Obstétrico.

Anualmente se registran a nivel mundial alrededor de 210 millones de embarazos y cerca de 130 millones de nacimientos; de estos de un 10% a un 15% requieren la intervención rápida de personal calificado para que la mujer sobreviva y no padezca discapacidades durante el resto de su vida. En aproximadamente el 5% de los casos se desarrollan complicaciones potencialmente mortales. Según las últimas cifras disponibles, se estima que más de medio millón de mujeres murieron en 1995 por causa de complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio. La mayor parte de estas defunciones pudieron haber sido prevenidas mediante intervenciones eficaces, viables y asequibles para países en desarrollo con recursos limitados. (3)

Se define a la atención prenatal como el conjunto de procedimientos clínicos, paraclínicos y educativos mediante los cuales se busca evitar en el mayor grado posible la afección de la madre y el producto durante el embarazo. El diagnóstico temprano correcto de embarazo es a menudo prioritario pues el período en que es factible de realizar acciones preventivas y anticipatorias sobre la madre y su descendencia. (4,5)

En la actualidad un control prenatal efectivo se fundamenta en intervenciones con propósitos definidos:

- Vigilancia prenatal temprana, sistemática e intencionada, que permita la identificación de pacientes con alto riesgo de complicaciones y su diagnóstico en estadios tempranos, para su envío oportuno a niveles superiores o especializados de atención.
- Consejería y promoción de salud: nutrición, actividad física, adicciones, lactancia materna y planificación familiar.
- Educación para la salud que permita concientizar a la pareja sobre la importancia de la atención prenatal desde las primeras semanas del

embarazo y capacitación sobre identificación de signos y síntomas de riesgo.

- Preparación para el parto.
- Capacidad de respuesta eficiente y oportuna ante complicaciones del embarazo. (6,7)

Desafortunadamente el análisis de las causas por las que la mujer embarazada demanda atención médica a los Servicios de Salud en nuestro país, demuestran que la mayoría de las consultas corresponden a estados patológicos como edema, preeclampsia, amenaza de parto prematuro, sangrado o flujo vaginal, infección de vías urinarias y dejar de percibir los movimientos fetales. Con base a lo anterior podemos concluir que la atención prenatal obedece principalmente a la presencia de patología, que demanda un servicio curativo. (8)

La literatura pone de manifiesto una situación digna de tomarse en cuenta: entre más evolucionado está un país, la atención prenatal preventiva es la predominante, mientras que la atención curativa es mayoritaria dentro del subdesarrollo. Ante tal situación, la aplicación de programas educativos en Salud representa una alternativa factible y útil. (9)

El comportamiento actual de la morbimortalidad materna destaca a las complicaciones hipertensivas y las hemorragias como las responsables del mayor número de muertes maternas. Su frecuencia varía de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población, la disponibilidad, accesibilidad y oportunidad de uso de los servicios profesionales de atención a la salud. A más de 10 años en las Unidades Hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social, la preeclampsia-eclampsia es la responsable de más de la tercera parte de todas las defunciones maternas. (10)

En el año de 1998 en la Región "La Raza", se realizó un estudio epidemiológico con el propósito de identificar las características de la mortalidad materna por preeclampsia-eclampsia y los factores de riesgo relacionados a esta. Para ello se realizó un análisis de la mortalidad reportada en el decenio 1988 a 1997. Los resultados muestran un incremento en la tasa de mortalidad al pasar del 37.6 a 41.3 por cada 100 mil nacidos vivos. Este comportamiento contrastó con la tendencia descendente de 35.2 a 32.9 registrada en las seis restantes Regiones del IMSS. Por grupos de edad, la tasa más elevada de mortalidad por preeclampsia-eclampsia (58.3 por 100 mil nacidos vivos) fueron las mujeres con 35 años y más al embarazo, en tanto que la más baja la mostraron las menores de 20 años. Por lo que respecta a la historia de gravidez, 31.3 % de las pacientes se encontraba en su primer embarazo, 16.5 % en el segundo y 19.6 % en el tercero. El resto cursaba con cuatro o más embarazos. De las mujeres fallecidas, en 51.7 % no se dispuso de información acerca de la atención recibida durante el embarazo. De los casos en los que sí se conoció, 20.4 % careció de vigilancia. De las pacientes con atención prenatal solo el 13.1 % acudió a cinco o más consultas, el 39.3 % habían transcurrido menos de siete días entre la última consulta y el ingreso a la unidad en la cual fallecieron, en 21.4 % entre ocho y 14 días y en 39.3 %, más de 15 días. De acuerdo con las condiciones clínicas de las pacientes, los

Comités Institucionales de Estudios en Mortalidad Materna dictaminaron que en 24.8 % las defunciones eran potencialmente previsibles al ingreso a la Unidad Médica. Entre los factores identificados como propiciadores de la muerte, en 16.1 % se consideró que la responsabilidad principal radicó en la propia paciente. (11)

Con base a investigaciones sobre este problema se ha establecido una relación inversamente proporcional entre mortalidad materna y atención prenatal. (12) Es de destacar que la ausencia de vigilancia prenatal en casi la tercera parte de las mujeres que fallecieron por complicación del embarazo, traduzca que la insuficiente información que la mujer posee sobre los cambios y riesgos del embarazo, se convierta en un factor de riesgo.

En Francia Bouvier-Colle y col. realizaron un estudio epidemiológico sobre esta situación, encontrando que un 66 % de las mujeres que fallecieron había recibido una atención prenatal deficiente. Otro estudio similar realizado en el Reino Unido da un porcentaje del 50% referente a la mala calidad de la atención prenatal. (13)

Es conveniente que en cuanto se diagnostique el embarazo, la frecuencia de la consulta sea mensual durante los primeros 6 meses; cada 15 días entre el séptimo y octavo mes y cada siete días durante el noveno. La embarazada de bajo riesgo debe recibir por lo menos 5 consultas de control prenatal. La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42. (13,14)

Para nuestro país la Salud Reproductiva es uno de los programas prioritarios de Atención Primaria a la Salud. Como resultado de lo anterior, se ha incrementado la cobertura de los servicios, lo que se traduce en una mayor disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, utilización, eficacia y eficiencia de los servicios de salud. Sin embargo, el sistema de salud de nuestro país persiste con un enfoque curativo más que preventivo, sin contar con el hecho que las necesidades de salud de la población siguen siendo muy superiores a la capacidad del sistema, lo que da como resultado que las diferentes Instituciones establezcan sus propios criterios de selección de acuerdo con sus prioridades. Además debemos considerar que la demanda de Servicios de Salud esta asociada también con las necesidades de salud percibida por los individuos, así como por sus atributos económicos, sociales y por las características de las instituciones de salud.

Entre las barreras que obstaculizan el acceso a servicios médicos se encuentran:

- el elevado costo de servicios o medicamentos
- lejanía o falla de servicios en la localidad
- falta de confianza o maltrato en los servicios. (15)

Los factores que influyen sobre una adecuada utilización de los servicios de atención prenatal, se clasifican en dos: a) Las características propias de la mujer embarazada y b) las características de los servicios de salud.

- Entre las características de la mujer embarazada se encuentra el nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico, el ingreso económico, la edad, la ocupación, la paridad, la raza, el estado civil, el deseo de estar embarazada, el estrés, la red de apoyo social, la falta de conocimiento sobre los cambios del embarazo, el intervalo intergenésico, la motivación para demandar la atención, estados depresivos, la disponibilidad de transporte.
- Las características de los servicios de salud que se han estudiado son la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad de la atención otorgada, la actitud del personal que recibe a los pacientes en los establecimientos médicos, la satisfacción del personal no médico que labora en las instituciones y el esquema de financiamiento.

En México no existen informes donde se analicen los factores que promueven o impiden la utilización adecuada de los servicios para la atención prenatal. (16)

Donabedian señala que existen dos dimensiones fundamentales, e inseparables entre sí que influyen sobre la utilización de los servicios de salud: a) La dimensión técnica se refiere a la aplicación de los conocimientos y tecnología para la solución de los problemas de salud.

b) La dimensión interpersonal se refiere a la relación que se establece entre el prestador y el receptor del servicio.

El acto médico, propiamente dicho, incluye ambas dimensiones y se define como el conjunto de actividades que el médico realiza con el propósito de establecer un diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de las personas a su cuidado. El eje del acto médico es la relación médico-paciente que de acuerdo con Lain Entralgo tiene dos componentes: relación objetivante y relación interpersonal.

- **La relación objetivante:** es aquella que se establece cuando el médico interacciona con un objeto de reconocimiento que es el paciente, con la finalidad de ayudarlo a la mejor solución de un problema de salud. Por su mismo carácter, tal relación es eminentemente cerebral y racional. La relación objetivante se desarrolla en tres etapas: la de la entrevista clínica, la de la exploración física y la que corresponde a la comunicación del diagnóstico y plan terapéutico.
- **La relación interpersonal:** alude a los mensajes de tipo no verbal que denotan interés, respeto, solidaridad y afecto por parte del médico y que infunden confianza, tranquilidad y deseos de colaboración en el paciente. Con lo que se logra establecer una relación de empatía.

Una relación médico-paciente satisfactoria debe tener un equilibrio en estos dos componentes, ya que una relación puramente objetivante da la sensación de no haber sido validado como un individuo total, en tanto que una relación

puramente interpersonal podría dejar de lado el establecimiento de un diagnóstico y un manejo.⁽¹⁷⁾

Investigaciones llevadas a cabo en Unidades de Atención Primaria en los Estados Unidos y Canadá Identificaron tres diferentes tipos de relación médico paciente en los modelos de atención médica. ^(17, 18, 19)

- 1.) El modelo clínico se identifico en el 15% de los encuentros médicos; este se orienta al tratamiento y control de la enfermedad, la relación médico-paciente es objetiva, racional y autoritaria. Este tipo de práctica se identifico en el 5% de médicos especialistas y en 10% por médicos generales.
- 2.) El modelo relacional se identifico en el 80% de los encuentros médicos; este se orienta a proporcionar al paciente un soporte que mejore su bienestar hasta cuando el problema se resuelva, es el modelo más utilizado en la práctica ambulatoria. Las características de este modelo se centran en la empatía, la reciprocidad y la continuidad en la atención.
- 3.) El modelo adversal se identifico en el 5% de los encuentros médicos; se orienta a proporcionar al paciente una solución administrativa a sus problemas de salud, como incapacidades laborales, actividades médico-legales; este modelo se caracteriza por ser breve y conciso.

Los siguientes son elementos que influyen y determinan la relación médico paciente:

1. Libre elección
2. Capacidad
3. Comunicación
4. Empatía
5. Continuidad
6. Ausencia de conflictos de interés

Libre elección: es el elemento crítico inicial de la relación médico paciente, este primer proceso incluye cuatro pasos: 1) elección del lugar; 2) elección del médico; 3) elección de los especialistas y 4) elección de diferentes alternativas de tratamiento. Los pacientes desean ser tratados por médicos de su elección poder elegir a su médico en atención primaria para asegurar la continuidad de sus cuidados.

Capacidad: los pacientes esperan ser atendidos por médicos capaces de establecer un diagnóstico y dar un manejo adecuado a sus dolencias. Por lo que no es extraño que estos busquen en sus médicos las siguientes cualidades:

- a) Un Médico con conocimientos actualizados.
- b) Con buen manejo para plantear un diagnóstico y los procedimientos terapéuticos a seguir.
- c) Con buen juicio clínico para solicitar los estudios necesarios para establecer un diagnóstico y realizar una selección de la terapia más adecuada.
- d) Con adecuado autoconocimiento de sus limitaciones, que le permita recurrir a un subespecialista en caso necesario. ⁽²⁰⁾

Comunicación: Una relación ideal médico-paciente requiere de una buena comunicación. El médico debe tener la habilidad de escuchar al paciente en torno a lo que manifiesta de manera verbal y no verbal. La comunicación médico-paciente adecuada, constituye la base sobre la cual se orienta el comportamiento en esta dirección, es decir, a establecer una relación interpersonal basada en los valores éticos de la profesión, que en el marco de esta situación comunicativa, producirán un nivel de satisfacción en el paciente y sus familiares, adecuado para el logro de los objetivos de la actividad de salud. (21)

Empatía: El paciente no sólo desea médicos técnicamente capacitados. Esta es una respuesta recurrente en las encuestas. Necesita médicos caritativos y que sepan comprender el dolor de sus pacientes. Su comunicación con este tipo de médicos, ayuda al paciente a soportar sus problemas durante períodos de gran "stress". A veces, el médico debe ayudar al paciente a replantear sus valores, incluso a expensas de sus sentimientos, colocando sus exigencias y expectativas en el tiempo. En este proceso el médico debe demostrar su compromiso y cariño.

Continuidad: Una vez establecida una buena comunicación con un médico competente y empático, para el paciente no será difícil aceptar el consejo sobre los servicios de salud que sean apropiados para la prevención y tratamiento. Por esto es fundamental la continuidad de la atención. Si el paciente por leyes de mercado está obligado a cambiar de médico se pierde el efecto de la continuidad y la confianza para aceptar sugerencias para mejorar su estado de salud y tratamiento.

Conflicto de interés: El paciente espera que su bienestar sea el principal interés del médico, evitando toda situación que tenga como fin último su enriquecimiento personal: ejemplo, pedir exámenes no siempre indispensables, en laboratorios relacionados económicamente con el médico. Por otra parte, la presión económica de las empresas de salud, puede llevar a abaratar costos en desmedro del bienestar del enfermo. (20)

Se ha definido operativamente al acto médico como "comportamientos que conducen al paciente y su familia a aportar la información necesaria al médico, a quien le corresponde realizar la adecuada interpretación de la información vertida". (22)

El acto médico se concreta en una situación espacio-temporal conocida como consulta o entrevista y es el resultado de la interacción de la personalidad del paciente y del médico. Donde ambos comparten sentimientos de ambivalencia el paciente sabe que debe proporcionar información útil que permita al médico establecer un diagnóstico, sin embargo a la vez experimenta renuencia o desconfianza de expresar al médico sus sentimientos o afectos; en tanto que el médico busca establecer un diagnóstico que permita la pronta recuperación del paciente, cuando esto no sucede o el paciente no acata las indicaciones experimenta frustración o enojo. Los sentimientos más frecuentes que presenta un profesional de la medicina ante los pacientes son los siguientes:

- Frustración por la impotencia que produce la falta de mejoría del paciente
- Frustración por la falta de control de la entrevista

- Ira porque considera al paciente responsable de su enfermedad
- Miedo a no diagnosticar alguna enfermedad orgánica.(23)

Como resultado del desarrollo de la Seguridad Social y la tecnología, la actividad profesional del médico se ha burocratizado. El médico se ha visto obligado a prestar sus servicios en Instituciones de Salud Pública que establece lineamientos y normas de trabajo, que lo hacen cada vez más dependiente de normas y reglamentos institucionales y del volumen elevado de consulta, además de no permitir la libre elección del médico a los pacientes. Disponiendo entonces de menos tiempo para establecer una adecuada relación médico paciente que se logra solo a través de la confidencialidad y la profundización de una respetuosa anamnesis, de la intimidad del examen, de observar, palpar, auscultar, conocer su familia y su medio. Ese todo que representa integralmente al ser humano, enfermo y necesitado que acude a consulta y que, a la vez, es indispensable para una adecuada interpretación diagnóstica y un correcto tratamiento. (24)

A pesar de la importancia que tiene la relación médico paciente en la atención médica, es un campo poco explorado, tal vez por las dificultades que entraña un proceso tan humano. En el año de 1994 en la Unidad de Medicina Familiar No. 94, se realizó un estudio con el propósito de determinar la influencia de la relación médico paciente sobre la calidad de la atención, para ello se encuestó a 172 derechohabientes de los cuales el 93% refirieron la relación con su médico como buena y solo el 7% como mala. (25)

En el año de 1995, Álvarez R. y colaboradores construyeron y validaron un instrumento para medición de la relación médico paciente. Incluyó como indicadores de este instrumento: 1) Relación Interpersonal, 2) Motivación, 3) Comunicación y 4) Afectividad. Para su validez de constructo y de contenido se solicitó el juicio de siete expertos: 5 Médicos y 2 Psicólogos. En una primera instancia el instrumento contenía 40 preguntas. Tras la primera ronda con los expertos se eliminaron 10 y en la segunda ronda 5 más, quedando constituido finalmente por 25 preguntas, dicotomías con opción de respuesta para Si y No. Posterior a la aplicación del instrumento se obtuvo una confiabilidad del 0.69. (26) Considerando que este instrumento ha sido validado, será utilizado para identificar la relación médico embarazada en nuestro estudio. Esta integrado por 25 preguntas estructuras cerradas con opción de respuesta dicotómica. Con valoración de 1 punto para la respuesta deseable y de 0 puntos para la respuesta no deseable.

Los indicadores del instrumento se detallan en el siguiente cuadro.

Indicadores de la RME	Número de Reactivo
Relación Interpersonal (Capacidad y ausencia de conflictos)	1-2-3-8-15-18-21
Motivación (Continuidad)	9-13-16-20
Comunicación	5-7-11-12-17-19-24-25
Afectividad. (Empatía)	4-10-14-22-23

La calificación mayor susceptible de obtener es de 25 puntos, la escala de medición de esta característica es: Relación Médico Paciente satisfactoria puntuaciones de entre 18 a 25, Relación Médico Paciente medianamente satisfactoria puntuaciones de 9 a 17 y Relación Médico Paciente insatisfactoria puntuaciones de 8 a 0. (26)

Anexo 1.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, la gestación se debe considerar de alta prioridad dentro de las actividades destinadas al cuidado de la salud, dada la repercusión que tiene sobre el bienestar general del núcleo familiar y social. De acuerdo a las cifras disponibles, se estima que más de medio millón de mujeres murieron en el año 2002 por causa de complicaciones aparecidas durante el embarazo, el parto o el puerperio. En el 51.7 % de estos casos no se dispuso de información acerca de la atención recibida durante el embarazo. En tanto en los casos en que sí se dispuso de información, un 20.4 % ellos careció de vigilancia prenatal y solo el 13.1 % había acudido a cinco o más consultas. El 24.8 % de estas defunciones eran potencialmente previsibles.

Desafortunadamente el análisis de las causas por las que la mujer embarazada demanda atención médica a los Servicios de Salud en nuestro país, demuestran que la mayoría de las consultas corresponden a estados patológicos, así la atención prenatal obedece principalmente a la solicitud un servicio curativo más que preventivo.

El objeto de la asistencia prenatal es garantizar que todo embarazo deseado tenga el máximo de probabilidades de culminar en el nacimiento de un niño sano, sin perjuicio para la salud de la madre. Se sabe que la asistencia prenatal mejora los resultados obstétricos, pero se desconoce cual de los componentes de la misma es responsable de ello. En la actualidad, el concepto de cuidados prenatales abarca la evaluación de riesgos, atención médica, servicios sociales, orientación nutricional y general a la paciente, y apoyo psicológico; para muchas mujeres, todo ello comienza antes de la concepción.

En la UMF 94, el promedio de utilización de los Servicios de Salud por parte de las embarazadas, es en promedio de 5.2 consultas y sólo el 33.4% de ellas inician la atención prenatal desde el primer trimestre del embarazo. Donabedian ha señalado que existen dos dimensiones fundamentales e inseparables entre sí del concepto de calidad: la técnica y la interpersonal. En la UMF No. 94 se han implementado estrategias predominantemente técnicas tendientes a elevar la capacidad técnica y profesional del médico Familiar en la atención de la embarazada, sin embargo el área interpersonal no ha sido explorada, es por ello que como una alternativa que pudiera ubicar el problema desde otro entorno es que nace la siguiente ***pregunta de Investigación:***

¿Existe diferencia en la relación médico paciente que establece la embarazada que acude a control prenatal de manera regular comparada con la relación médico paciente que establece la embarazada que acude a control prenatal de manera irregular?

HIPOTESIS.

La embarazada que asiste a control prenatal de manera regular presenta una mejor relación médico paciente, en comparación con la relación médico paciente que establece la embarazada que acude de manera irregular.

OBJETIVO GENERAL.

Comparar la relación médico paciente entre embarazadas que acuden de manera regular a control prenatal y las que acuden de manera irregular.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Descriptivo, comparativo, transversal y prolectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Mujeres embarazadas.

POBLACION EN ESTUDIO.

Todas las embarazadas que acudan a consulta médica en la UMF No. 94.

DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE MUESTRA.

Con base al programa estadístico Epi info 6, considerando una población de 776 embarazadas, con una prevalencia esperada del 93%, un peor resultado del 83% a un nivel de confianza del 95%. Se determinó un tamaño de muestra de 48 embarazadas, de las cuales 24 asistieron a control prenatal de manera regular y 24 de manera irregular. Con un 25% mas por margen de error de perdidas por cuestionarios no contestados al 100%.

TIPO DE MUESTREO.

Muestreo no probabilístico por conveniencia se incluirá al total de mujeres que desean participar hasta integrar el tamaño de la muestra.

IDENTIFICACION DE VARIABLES.

Variable Dependiente: Relación Medico Paciente

Variable Independiente: Asistencia Control Prenatal

Variables Sociodemográficas: Edad, ocupación y años de escolaridad.

Ver cuadro anexo de variables.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

• INCLUSION:

Para el grupo de embarazadas que acuden de manera regular a control prenatal:

1. Pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 94
Que para el *primer trimestre* del embarazo hayan asistido a dos ó más consultas.
Que para el *segundo trimestre* del embarazo hayan asistido a tres consultas o más consultas.
Que para el *tercer trimestre* del embarazo hayan asistido a cuatro ó más consultas.
2. Que sepan leer y escribir.
3. De cualquier edad.
4. Ambos turnos.
5. Que cuenten con expediente en consultorio en donde aparezca por lo menos una nota previa a la atención prenatal de por lo menos 6 meses.
6. Que acepte participar en el estudio.
7. Que responda el instrumento al 100%.

Para el grupo de embarazadas que acuden de manera irregular a control prenatal:

1. Pacientes embarazadas derechohabientes de la UMF No. 94
Que para el *primer trimestre* del embarazo hayan asistido a menos de dos consultas.
Que para el *segundo trimestre* del embarazo hayan asistido a menos a tres consultas.
Que para el *tercer trimestre* del embarazo hayan asistido a menos a cuatro consultas.
2. Que sepan leer y escribir.
3. De cualquier edad.
4. Ambos turnos.
5. Que cuenten con expediente en consultorio en donde aparezca por lo menos una nota previa a la atención prenatal de por lo menos 6 meses.
6. Que acepte participar en el estudio.
7. Que responda el instrumento al 100%.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

No aplican.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA.

Las embarazadas fueron captadas a través de las pláticas educativas programadas por Trabajo Social, al inicio de cada grupo educativo y en ambos turnos, se solicitara un espacio a la Trabajadora Social encargada de la Coordinación de los grupos. Así mismo se captaron en el servicio de dental, en medicina preventiva, y en laboratorio de análisis clínicos. El investigador expuso los propósitos del estudio y previa autorización de participación por medio de consentimiento informado (Anexo 2), se entrego instrumento para ser contestado de manera individual.

Con los datos de filiación y adscripción a consultorio el investigador acudió a los consultorios de las embarazadas incluidas en el estudio, para corroborar criterios de inclusión y clasificar a la embarazada en asistencia regular o irregular a control prenatal.

Es importante aclarar que como una maniobra de control de calidad el investigador de manera previa dio las instrucciones pertinentes para dar respuesta al instrumento.

CUADRO DE VARIABLES

Identificación de variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores de la variable	Tipo de Variable	Escala de Medición	Categorización
<p><u>Variable Dependiente</u></p> <p><i>Relación Medico Paciente</i></p>	Se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.	Es aquella interacción que se establece entre el médico y la paciente que se identificara por medio del instrumento "medición de la relación medico paciente".	Relación interpersonal Motivación Comunicación Afectividad	Cualitativa	Ordinal	Satisfactoria: 18-26 puntos Medianamente satisfactoria: 9-17 puntos Insatisfactoria: 8-0 puntos.
<p><u>Variable Independiente</u></p> <p><i>Asistencia Control Prenatal</i></p>	Proceso clínico y educativo mediante el cual, se busca evitar al mayor grado posible la afección de la madre y el producto por cualquier proceso fisiopatológico.	Periodicidad con que la embarazada acude a control prenatal, de acuerdo a su registro en el expediente clínico.	Notas medicas de expediente clínico	Cualitativa	Nominal	Regular: 1° trimestre asistencia 2 o más consultas. 2° trimestre asistencia 3 o más consultas. 3° trimestre asistencia a 4 ó mas consultas. Irregular: 1° trimestre asistencia a menos de 2 consultas. 2° trimestre asistencia a menos 3 consultas. 3° trimestre asistencia a menos 4 consultas.

VARIABLES UNIVERSALES

Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Se tomará la edad registrada por la embarazada en el instrumento.	NN	Cuantitativa	Continua	NN
Escolaridad	Período de tiempo durante el que se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.	Se considerará el grado de estudios señalado por la embarazada en el instrumento.	NN	Cualitativa	Categorica	Primaria, Secundaria Bachillerato Carrera Técnica Licenciatura
Ocupación	Acción y efecto de permanencia en un área de trabajo.	La ocupación que registre la embarazada en el instrumento.	NN	Cualitativa	Nominal	Hogar Empleada Estudiante

ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION.

Para identificar diferencias en la relación médico paciente entre embarazadas que acuden a control prenatal de manera regular e irregular, se utilizó prueba U de Mann Whitney con base al diseño del estudio y la escala de medición de la variable en estudio.

Hipótesis estadísticas:

Hi: Las embarazadas que asisten a control prenatal de manera regular presentan una mejor relación con su médico, en comparación con las que acuden de manera irregular a control prenatal.

Ho: Las embarazadas que asisten a control prenatal de manera regular presentan una relación con su médico similar a la relación que establecen las embarazadas que acuden de manera irregular a control prenatal.

Decisión estadística: Se rechaza Ho si la p experimental es > 0.05 .

Para determinar diferencias entre los indicadores del instrumento se utilizo prueba de Kruskall Wallis.

Para las variables socio demográficas se utilizo estadística descriptiva a través de promedio y porcentajes, sus resultados se presentaron en cuadros y figuras. Para determinar la influencia de estas variables sobre la variable en estudio se utilizo la prueba U de Mann-whitney.

RESULTADOS

El estudio se realizó en 60 embarazadas: 30 con asistencia regular a control prenatal y 30 con asistencia irregular a este control. La edad promedio global de nuestra muestra fue de 24.5 años con una desviación estándar de ± 1.15 y un rango de 25 a 29 años. La moda encontrada en escolaridad y ocupación fue la siguiente: 23(75%) embarazadas refirieron estudios a nivel de bachillerato, con estudios a nivel secundaria 14 (23.3%), con licenciatura en 9(15%), solo con educación primaria 8(13.3%) y finalmente 6(10%) embarazadas refirieron carrera técnica. El 30 (50%) de las embarazadas se dedicaban exclusivamente a las labores del hogar, 26 (43.3%) se desempeñaban como empleadas y 4 (6.7%) como estudiantes. Considerando el número de hijos 23(38.3%) embarazadas cursaban con primer embarazo, 26 (43.3%) con 1 hijo, 7 (11.7%) con 2 hijos, 3 (5%) con 3 hijos y 1 (1.7%) con 5 hijos.

El comportamiento de las variables universales de acuerdo a la asistencia a control prenatal fue el siguiente: el grupo de embarazadas con asistencia regular, presento una edad promedio de 25.5 años [Figura I]. La moda con respecto a escolaridad y ocupación fue con nivel bachillerato en 11 (3.3%), secundaria en 7 (2.1%), licenciatura en 5 (1.5%), carrera técnica en 4 (1.2%) y primaria en 3 (0.9%) [Figura II]. El 14(46.6%) de las embarazadas se dedican a las labores del hogar, 16 (53.3%) son empleadas.[Figura III]. Respecto al número de hijos 9 (2.7%) embarazadas cursaban con primer embarazo, 1 hijo en 16 (53.3%), 2 hijos en 3(0.9%), 3 hijos en 2 (0.6%) [Figura IV].

En tanto que el grupo de embarazadas que asisten a control prenatal de manera irregular presento una edad promedio de 27.1 años [Figura I]. Con escolaridad de primaria se encontraron 5(1.5%) embarazadas, con secundaria 7(2.1%), con estudios de bachillerato 12 (3.6%), carrera técnica en 2 (0.6%) y licenciatura en 4 (1.2%) [Figura II]. En relación a la ocupación encontrada 16(4.8%) embarazadas se dedicaban a las labores del hogar, 10 (3%) eran empleadas y 4 (1.2%) estudiantes [Figura III]. En cuanto al número de hijos 10(3%) de las embarazadas tenían 1 hijo, 4(1.2%) embarazadas dos hijos, 1(0.3%) tres hijos, 1 (0.3%) 5 hijos y 14 (4.2%) eran primigestas. [Figura IV].

Estadísticamente no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las variables edad ($p=0.39$), ocupación ($p=0.97$), número de hijos ($p=0.40$) y escolaridad ($p=0.39$).

En referencia a la variable "relación médico paciente" en el grupo de embarazadas con asistencia a control prenatal regular 18(5.4%) de las embarazadas la refirieron como satisfactoria, 10(3%) como medianamente satisfactoria y solo 2(0.6%) como insatisfactoria. [Figura V]. Las embarazadas con asistencia a control prenatal irregular 20(12%) embarazadas refirieron una relación médico paciente satisfactoria, 7(21%) como medianamente satisfactoria y solo 3(2.1%) como insatisfactoria. [Figura V].

Para identificar diferencias entre los grupos de asistencia regular e irregular a control prenatal se realizo prueba U de Mann Whitney, con la que se obtuvo

una p de 0.65. Para identificar diferencias en el comportamiento de los indicadores se realizo prueba kruskal Wallis, obteniendo una p de 0.39 en el indicador de relación interpersonal, p de 0.67 para el indicador de motivación, p de 0.64 para el indicador de comunicación y p de 0.49 para afectividad.

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La investigación se realizó en la UMF No 94 durante los meses de mayo a agosto del año 2004, en una población total de 60 embarazadas a quienes se aplicó instrumento para identificar tipo de relación médico paciente, que establecen las mujeres embarazadas que asisten a control prenatal de manera regular e irregular de tal forma que se formaron dos grupos integrándose por el mismo número de pacientes que fue de 30.

Las variables sociodemográficas identificadas en ambos grupos fueron similares lo que nos permite suponer que esta homogenización asegura una baja influencia sobre el comportamiento de la variable dependiente; este comportamiento parece coincidir con los resultados de estudios realizados en el Instituto Nacional de Perinatología, que señalan que las variables sociodemográficas de la embarazada no influyen en la utilización de los servicios de salud. ⁽¹⁴⁾ Situación que contrasta con el reporte de otras investigaciones, donde si se ha encontrado que el alto nivel de escolaridad, la cultura y el número de hijos previos si determinan la utilización de los servicios de salud para atención prenatal. ⁽⁹⁾

Es importante de mencionar es el hecho de un alto porcentaje de embarazadas del grupo de asistencia a control prenatal de manera regular eran secundigestas, en contraste con el grupo de embarazadas que asistía a control prenatal de manera irregular donde el mayor porcentaje eran primigestas, lo cual explica que la embarazada que ya tiene un hijo presenta una mayor responsabilidad en la cuidado de su salud, debido tal vez a la experiencia del primer embarazo.

Las embarazadas incluidas en el estudio presentan una edad comprendida entre los 25 a 29 años en ambos grupos, resultados que similares a lo encontrado en otros estudios realizados dentro del IMSS, de tal manera que parece que la decisión de embarazarse esta siendo a una edad óptima. ⁽¹⁵⁾

Respecto a la ocupación de la embarazada tampoco influyo en la asistencia a control prenatal, ya que un alto porcentaje de embarazadas del grupo con asistencia irregular a control prenatal se dedicaba a labores del hogar, en tanto que las embarazadas con ocupación remunerada fuera del hogar predominaron en el grupo de asistencia a control regular; esto difiere con los resultados de estudios previos en los que se presenta un mejor control prenatal en pacientes dedicadas al hogar. ⁽¹⁴⁾

La relación médico paciente se considero satisfactoria tanto en pacientes con control prenatal regular e irregular, lo cual coincide con el resultado del estudio de relación médico-paciente en la calidad de atención en esta unidad donde el mayor porcentaje de sus resultados definieron una buena relación del paciente con su médico. ⁽²⁵⁾

CONCLUSIONES

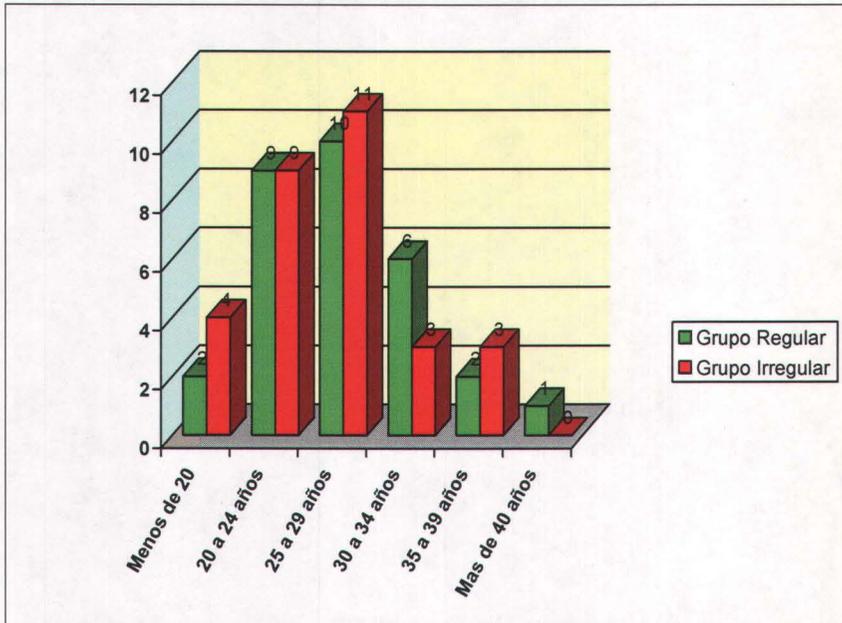
- No fue posible determinar diferencias en la relación médico paciente que establece la embarazada que acude a control prenatal de manera regular e irregular.
- Las características sociodemográficas encontradas en ambos grupos fueron similares y no parecen influir sobre la asistencia a control prenatal.
- El tener una ocupación remunerada fuera del hogar no influyó sobre la asistencia a control prenatal.
- Las embarazadas secundigestas presentan una mayor asistencia a control prenatal en comparación a la asistencia que presentan las primigestas.

SUGERENCIAS:

1. Implementar acciones que promuevan la asistencia a control prenatal con énfasis en las embarazadas primigestas, a través de una temprana orientación educativa sobre el embarazo, parto y puerperio.
2. Evaluar la relación médico paciente en una muestra más amplia incluyendo la opinión del médico.

FIGURAS

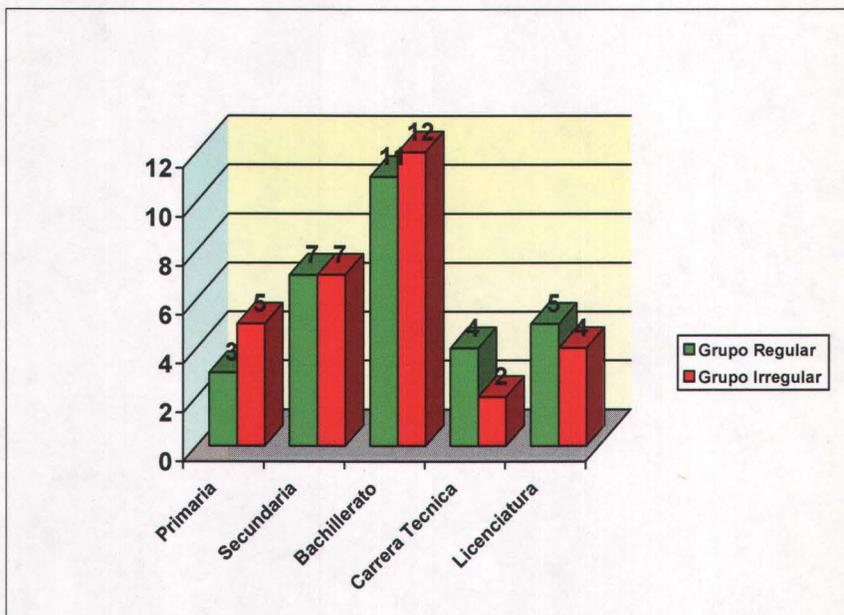
Figura No. I Distribución de edad por grupos de estudio*



Fuente: encuestas aplicadas por medico residente del 3er año y revisión de expediente clinico realizado por el mismo residente.

* $p=0.39$

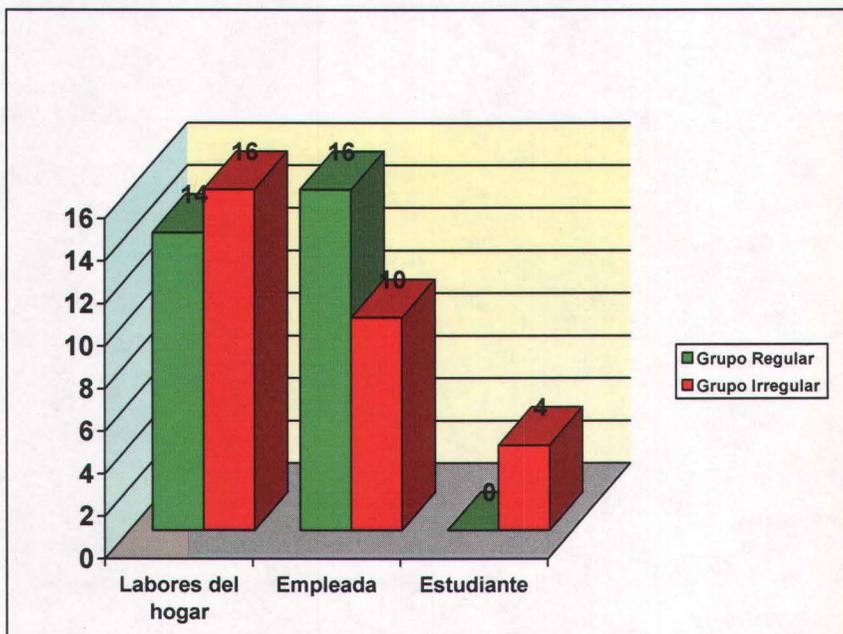
Figura No. II Distribución de escolaridad por grupos de estudio*



Fuente: encuestas aplicadas por medico residente del 3er año y revisión de expediente clínico realizado por el mismo residente.

* $p=0.39$

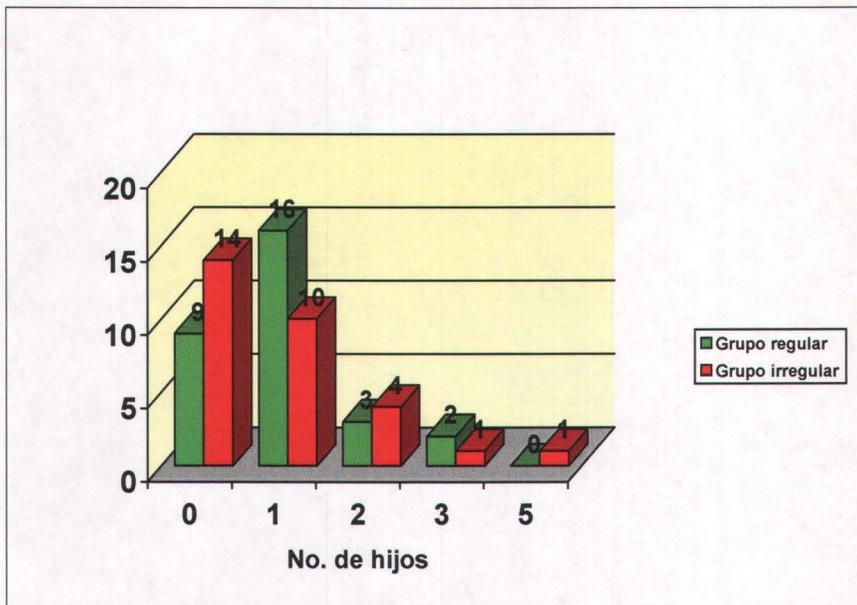
Figura No. III Distribución de la ocupación por grupos de estudio*



Fuente: encuestas aplicadas por medico residente del 3er año y revisión de expediente clinico realizado por el mismo residente.

* $p=0.97$

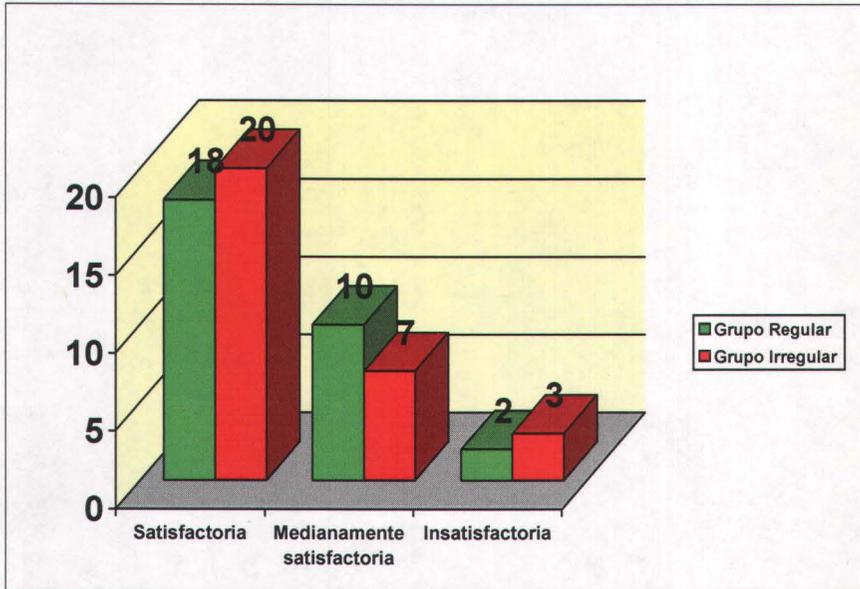
Figura No. IV Distribución del número de hijos por grupos de estudio*



Fuente: encuestas aplicadas por medico residente del 3er año y revisión de expediente clinico realizado por el mismo residente.

* p=0.40

Figura No. V Distribución de la Relación Medico Paciente por grupos de estudio*



Fuente: encuestas aplicadas por medico residente del 3er año y revisión de expediente clínico realizado por el mismo residente.

* p=0.40

BIBLIOGRAFIA

1. Atención prenatal en medicina familiar. Guía diagnóstico-terapéutica. Rev Med IMSS 1998; 36(1):45-60.
2. Programa de Actualización Continua en Ginecología y Obstetricia 1. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.
3. Consejo ejecutivo eb107/26. Organización mundial de la salud 107ª reunión 5 de diciembre de 2000 Punto 9.3 del orden del día provisional. Reducir los riesgos del embarazo.
4. DeCherney AH. Diagnóstico y tratamiento ginecológicos. Embarazo normal y cuidados prenatales. 7ª Edición. Editorial El Manual Moderno. México. 1994; 217-240.
5. Benson RC. Manual de ginecología y obstetricia. Diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. 9ª Edición. Editorial Interamericana. México. 1994; 108-110.
6. Hacker N.F. Compendio de ginecología y obstetricia. Asistencia prenatal. Editorial Interamericana. España 1988; 61-70.
7. <http://www.e-mas.co.cl/categorias/medicina/cprenatal.htm>
8. Mejía, M. H. Calidad del control Prenatal en el Hospital General Pdte. Lazaro Cardenas, ISSSTE Chihuahua. 1995. 1-11.
9. Ortigosa-Corona E, Karchmer-Krivitzky S, Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginecol Obstet Méx 1996; 64:90-95.
10. Trejo-Ramírez CA. Mortalidad materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. Ginecol Obstet Méx 1997; 65 (8):317-325.
11. Velasco M V. Mortalidad Materna por preeclampsia-eclampsia en la región la Raza 1988-1997. Rev Med IMSS. 1999. 37 (5): 349-356.
12. Velasco M V. Características epidemiológicas de la preeclampsia-eclampsia en el IMSS. Rev Med IMSS. 1999. 37 (4): 325-331.
13. Norma Oficial Mexicana Nom-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
14. Morbilidad percibida y control prenatal. Estudio de campo. Perinatol Reprod Hum. 2002; Vol. 16(1):26-34

15. Martínez G L. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Méx.* 1996; 38:341-351.
16. Fajardo, O.G. Atención médica, teoría y práctica administrativas. Evaluación de la atención de la salud. Editorial La prensa médica mexicana. México. 1983; 163-169.
17. Uribe ME, Lopez MC. Reflexiones de la salud en México. La salud y la seguridad social en México. Editorial Médica Panamericana. México. 2001; 100-106.
18. Zurro, A.M. Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Principios de la atención primaria de salud. Vol.1 4ta. Edición. Editorial Harcourt. Madrid. 1999; 28-30
19. Bromet SA, Herrera MJ. Evaluación de los modelos de atención en el cuidado primario en salud. *Colombia Médica* 1994; 25: 7-9.
20. http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a3.htm
21. Alonso G.M. La comunicación medico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes en medicina. *Rev Cubana Educ Med Super* 2003; 17(1):38-45.
22. Shirley Y D. Criterio medico. Definición, proceso y evaluación. *Arch Arg Pedir.* 1998; 96 (1): 108-11
23. Sanz C C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores. Reacciones del profesional y tipos de relación. *Medicina Clínica.* 1999; 112 (4): 147 - 150
24. Burbinski B. Reflexiona acerca de la relación medico paciente. *Arch Argent Pediatr* 1999; 97 (1): 43-46
25. Piña O. MG. Relación medico-paciente en la calidad de atención de la unidad de medicina familiar No. 94. 1994
26. Álvarez RM. Estudio descriptivo de la relación medico paciente. Abril 1995.

Anexo 1.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 94

Estimada derechohabiente la siguiente encuesta tiene el propósito de conocer el tipo de relación que tiene con su Médico Familiar. Es anónima y su objetivo es mejorar la calidad de la atención que se le brinda en esta Unidad, por favor responda con la mayor sinceridad a todas las preguntas. ¡GRACIAS!

Edad: _____ Número de hijos: _____ Escolaridad: _____
Ocupación: _____
Grado máximo de estudios: _____ No. Consultorio: _____
No. Afiliación: _____

Instrucciones:

Marque con una "X" solo una opción de respuesta por pregunta.

1. ¿Con que frecuencia ha asistido a consulta en los tres últimos meses?

De una a tres veces _____ Mas de tres veces _____

2. ¿Sabe usted el nombre de su Medico Familiar?

Si _____ No _____

3. ¿Le gusta ser atendida por el mismo médico?

Si _____ No _____

4. ¿Se siente satisfecha con el médico?

Si _____ No _____

5. ¿Como se dirige a usted el médico?

Por su nombre _____ Sra. _____

6. ¿El medico le permite explicar ampliamente su padecimiento?

Si _____ No _____

7. ¿Quién inicio el dialogo?

Usted _____ El médico _____

8. ¿Confía en la atención de su médico?

Si _____ No _____

9. ¿El médico se dedica solo a hacer preguntas?

Si _____ No _____

10. ¿Se siente comprendido por el médico?

Si _____ No _____

11. La explicación que le dio el medico, ¿la comprendió perfectamente?

Si _____ No _____

12. El medico que la atendió....

La miro cuando usted hablaba Si _____ No _____

La escucho con atención Si _____ No _____

13. ¿El medico de explico los pasos a seguir para su recuperación?

Si _____ No _____

14. Después de asistir al médico, ¿se siente relajada?

Si _____ No _____

15. ¿El medico le pregunto algo respecto a su familia?

Si _____ No _____

16. Acude usted a solicitar consulta en cuanto...

Se siente enferma Si _____ No _____

Deja evolucionar la enfermedad Si _____ No _____

17. ¿Le da el medico tiempo suficiente para detallar su enfermedad?

Si _____ No _____

18. ¿Puede considerar al medico como un amigo?

Si _____ No _____

19. Cuando usted interrumpe su relato, ¿el médico le ayuda a continuar?

Si _____ No _____

20. ¿Se siente comprometida a seguir el tratamiento recomendado?

Si _____ No _____

21. ¿Trabaja en unión del medico para lograr su restablecimiento?

Si _____ No _____

22. En su consulta, ¿sintió angustia ante el medico?

Si _____ No _____

23. ¿Se redujo su ansiedad en el transcurso de la consulta?

Si _____ No _____

24. ¿Cuánto tiempo duro su consulta?

5 a 10 min. _____ más de 10 min. _____

25. ¿El médico la interrumpe con frecuencia?

Si _____ No _____

Anexo 2.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

LUGAR Y FECHA: _____

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: *Relación Medico Paciente en embarazadas que acude a control prenatal de manera regular e irregular.* Registrado ante el comité local de investigación médica con el número _____. El objetivo de este estudio es comparar la relación médico- paciente entre las embarazadas que acuden de manera regular a control prenatal y las que acuden de manera irregular.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder a las preguntas que el investigador me realizará, así como a la libertad de revisar mi expediente clínico, en caso de requerir alguna información contenida en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgos: Ninguno

Inconvenientes: tiempo insuficiente para captar a las pacientes que se integren al estudio.

Beneficios: Identificar que influencia tienen la relación medico paciente en el control prenatal.

El investigador principal se ha comprometido a darle información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificarán en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se me ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

FIRMA

TESTIGO