

11226
2ej
204



Universidad Nacional Autónoma de México

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

**DEFECTOS DE LA COMUNICACION ENTRE EL MEDICO
FAMILIAR Y EL PACIENTE, COMO CAUSA DE
ABANDONO DE TRATAMIENTOS.**

TESIS RECEPCIONAL

**Que para obtener el Grado de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta el Dr.

SERGIO RAMON NAJERA PEÑA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 68



MEXICO

1985

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

COMUNICACION

Etimologicamente, comunicación proviene de las raíces - "Cun" (con) y "Munus" (don), de donde su significado es; algo que se participa a otros a manera de un regalo.

Se han planteado varias definiciones de comunicación, - la idea central de ellas en general es la misma, y en forma -- mas concisa y clara se explica de la siguiente forma: Proceso mediante el cual nuestros conocimientos, tendencias y sentimientos son conocidos y aceptados por otros.

Continuando con el análisis de la comunicación, plantea mos un esquema elemental de la siguiente forma: Emisor---Estí mulo---Respuesta, comunmente emitidas por el mismo canal y a-- avanzando en dificultad, la comunicación se proyecta hacia va-- rios canales de salida y regreso, que pueden coincidir o no.

Sus elementos són:

Una fuente de comunicación, que es aquella persona o -- grupo de personas u otros organismos, en los que se origina la comunicación, y que ademas dirige todo su proceso.

El receptor de la comunicación, es la persona, organismo o grupo de ellos, a quienes se dirige la comunicación, y por lo tanto, que debe adecuarse a ellos, en cuanto a idioma, término logía utilizada y los motivos enfocados.

El canal de la comunicación, es el medio que se utiliza y que puede ser la palabra hablada, o escrita, señales audibles visuales o perceptibles por otros sentidos, la mímica y los sim bolos convencionales, comunicación gráfica, mediso mecánicos o mixtos.

Contenido de la comunicación, es todo aquellos que se - requiere comunicar.

Respuesta, en toda comunicación se espera una reacción o respuesta, de aquí que la comunicación sea esencialmente bi lateral, (proceso) quién era fuente, se convierte en receptor y a la inversa, en forma dinámica.

Ambiente, es todo lo que rodea a la fuente y al receptor, la claridad, fidelidad y reacción provocada, dependen en gran parte de él. El siguiente elemento forma parte del ambiente, se le conoce como ruidos en la comunicación, estas son interferencias que impiden la transmisión fiel de lo comunicado o que impiden que llegue a su destino, deteniendo el proceso de la comunicación.

Diferentes especies de Comunicación.

Para clasificar la comunicación se toman en cuenta -- los elementos enunciados previamente, de tal forma que por el canal que sigue y su contenido, se divide en formal e informal. La primera se lleva a cabo por los canales previamente establecidos por alguna organización y su contenido son, quejas, reportes u ordenes dentro de esa organización, la segunda es aquella que no sigue canales previamente establecidos, y su contenido son comentarios en los que generalmente se implican sentimientos o emociones.

En razón del receptor, puede ser individual ó genérica (a un organismo o aun grupo de organismos, respectivamente incluyendo a los humanos).

En razón a la respuesta esperada se divide en imperativa, exhortativa e informativa, de donde la primera exige una respuesta (acción, omisión o cambio de conductas), la segunda propone conductas sin que esto sea necesariamente obligatorio, y la tercera simplemente comunica algo sin proponer cambios en las pautas de conducta, al menos en forma inmediata, pero que definitivamente generan también una reacción, pero es generalmente comunicación unidireccional.

En razón de su forma puede ser oral (verbal), escrita gráfica, etc., directa de individuo a individuo o por medio de aparatos.

Por su sentido, puede ser vertical u horizontal, según se realice dentro de una línea de mando o varias de ellas, la comunicación vertical a su vez se divide en descendente y ascendente, la primera comprende políticas, reglas, instrucciones, ordenes o informes, de quién tiene el mando hacia el que acata el mensaje, y nunca en forma inversa, pues es aquí donde se inicia la segunda forma y en esta solo se com-

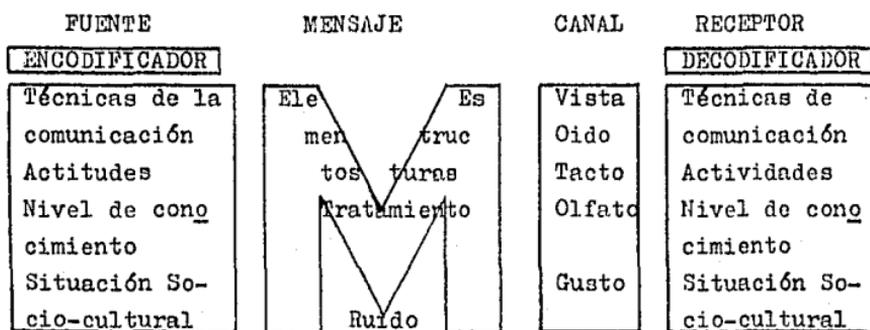
prenden reportes, informes, sugerencias, quejas, entrevistas encuestas y otras. La comunicación horizontal comprende juntas, comités, consejos, mesas redondas, asambleas y otras que se efectúan en una misma línea de mando.

Berlo, entre los iniciadores del estudio de la comunicación, diseñó un modelo de comunicación, que ha sido simplificado y enunciaremos a continuación.

Tratándose de comunicación de persona a persona, la fuente y el receptor son una misma cosa, al igual que el decodificador y el receptor, y ambos extremos guardan una gran similitud. El mensaje es el producto físico del emisor de la comunicación, y debe contarse con los elementos de su estructura (un código, un contenido y el tratamiento del mensaje).

El canal es el vehiculo del mensaje, y puede ser dirigido a uno o mas sentidos de percepción, que són previamente escogidos.

Esquema



Ya dentro de la consulta Médica, la comunicación es generalmente verbal, influenciada en forma importante por el animo, las gesticulaciones y el ambiente en torno de los participantes. Inicialmente el médico funge como receptor, por requerir un informe de lo que ha motivado la conducta, de solicitar la consulta, iniciándose así el proceso de la comunicación y de aquí que posteriormente sentaremos las bases de la división tentativa, para aplicarla en nuestra evolución, pero antes señalaremos la patología de la comunicación en forma breve.

La Patología de la comunicación, está representada por los ruidos o barreras según los Psicólogos, y son todo aquello que impide que el mensaje llegue adecuadamente a su fin, y que evoque la respuesta deseada, esto es, en modificación de la -- conducta o en la retroacción.

Las barreras se presentan desde la codificación (tratamiento del mensaje), en la Sintaxis, aspectos semánticos, y en el plano pragmático.

Hablando directamente del lenguaje, es importante el sentido o acepción de los términos manejados, conforado por la -- denotación, la conotación, los polisemas, homónimos, sinónimos los valores socio-contextuales que evocan imágenes por asociación, los cambios en el sentido de las frases, dependiente de los cambios de lenguaje que se relacionan con la evolución de este. Por otro lado, se encuentra la percepción, aspecto del -- que se ocupan un grán numero de ciencias, como la Psicología, -- Sociología, Semántica y ciencias de la informática y varias -- mas.

La siguiente, es una clasificación general de las barre ras en la comunicación:

Semánticas.- Son los problemas del sentido, significado acepción de los simbolos utilizados, esto es, que el receptor al decodificar el mensaje lo entiende de una forma diferente a lo que se pretende transmitir, por entender esos conceptos de acuerdo a su educación.

Físicas.- Son fallas, deficiencias o selecciones inadecuadas de los medios utilizados para transportar el mensaje y parten de la fuente, por ejemplo, escribir sin la técnica adecuada a un ciego, dar explicaciones complicadas a un deficiente mental, hablar a un sordo, o hablar en un sitio donde hablan -- varias personas al mismo tiempo.

Psicológicas.- Son las necesidades que desea satisfacer cada persona, sus prejuicios personales y la forma de ver el -- mundo que los rodea, por ejemplo, una persona que al consultar al médico solo desea que se le indiquen vitaminas, no entiende el porqué de que se le indique mejorar su dieta, y no se le -- prescriban las vitaminas deseadas, otro caso, cuando los conflic tos de un individuo se presentan con gran intensidad cuando se pretende establecer la comunicación.

Fisiológicos.— Son las alteraciones funcionales inherentes de cada persona que interviene en la comunicación, verbigracia, sordera e hipoacusis etc..

Administrativos.— Dependen directamente de la estructura y funcionamiento de cada organización.

Es posible agregar otros aspectos de las barreras, pero para el enfoque que se pretende darles en este estudio, es suficiente.

Según Hund, comunicación es todo intercambio de noticias entre dos o mas interlocutores, considerando "noticia" como un sinónimo de información, compuesta de innovación, redundancia y contexto. La innovación es el hecho de cambiar las cosas para introducir novedades, en este caso, lo nuevo es relativo, y está sujeto a lo conocido previamente por el receptor, es -- pertinente señalar, que en la consulta médica, para el médico es noticia, solamente aquello que le ayuda a conocer la verdad en relación al padecimiento que le presenta el paciente. La -- redundancia es lo que reitera, enfatiza, repite o realza la información, y que en realidad está de más, pero que muestra la necesidad del comunicador, por expresar lo que siente, lo que desea que sea comprendido en forma mas clara y precisa, en la consulta médica es lo que puede expresar el estado anímico del paciente, o bien la puntualización por parte del médico, de -- los aspectos mas relevantes del tratamiento o prevención. Contexto es la maraña de la conversación, según Hund, es el conjunto de las relaciones no internas de la noticia, que está -- constituida por varios componentes o planos llamados códigos,-- en la consulta médica, el más importante es el código social, pero también existen en ella, el código científico-médico, Psicológico, individual, etcétera.

Siguiendo con la misma línea, los interlocutores son cada una de las personas que intervienen en el diálogo, (en la relación establecida en la consulta médica), una que tiene necesidad de salud, y otra que tiene los conocimientos necesarios para proporcionarla.

El ruido en la consulta médica, es similar a las barreras detectadas en otras entrevistas, y en este caso son alteraciones en el encodificador y el decodificador, o bien en el canal elegido. En el paciente se debe tener en cuenta, la angustia,

vergüenza, predisposición en contra del Médico por la espera -- y muchos otros factores ambientales que pueden alterar la forma de plantear su problema, y por parte del médico, se debe -- contar con la irritabilidad por las circunstancias de la consulta, actitud del paciente, la presión ejercida por el exceso de consultantes, su necesidad de reforzadores económicos y sociales, conflictos laborales o familiares, etcétera. En cuanto al ambiente, la falta de privacia, sonidos internos y externos frío, calor, interrupciones, etcétera.

Ya han pasado muchos años desde que se despertó la inquietud de estudiar la relación médico-paciente, en especial después del surgimiento de las especialidades y superespecialidades observándose un gran avance en cuanto al estudio de los aspectos biológicos de la patología humana, pero, a la par de ello, se ha deteriorado esta relación hombre a hombre, convirtiéndose -- en una relación objetivante, esto es, que el médico observa al paciente, como a un problema mas que hay que resolver, como si se fuera a reparar a un radio, o a una licuadora, que se ha -- descompuesto, considerandose primordial resolver el problema -- biológico, olvidando que el paciente es un ente biopsicosocial y que incluso el mismo (el paciente) ha olvidado este factor, por lo tanto no se detectan las inflecciones de voz, los movimientos de los parpados, de las manos, su actitud, etc., que -- denotan su angustia, su necesidad de afecto y apoyo, consejos en fin, la necesidad de ser escuchado solamente, sucediendo en -- tonces, que esa serie de "pistas" conocidos como signos que está comunicando, no sean valorados adecuadamente, perdiéndose -- la posibilidad de emitir un diagnóstico en la esfera psicosocial, y la posibilidad de brindarle apoyo a ese paciente, caso bien real y tangible, observable en la mayoría de los que ejercen esta profesión, sobre todo los médicos de reciente graduación, por eso, cuando los datos aportados por el paciente, no conforman una entidad sindromática clásica, surge la desesperación e incomprensión por no poder llegar a ese diagnóstico. Lo mencionado muestra alteraciones en la comunicación, que impiden que uno y otro (médico y paciente), obtengan la información necesaria. Corresponde al médico corregir esas desviaciones, pro

moviendo una comunicación adecuada, otorgando confianza al paciente, y quedando abierto a la comunicación, sin someterse a rigurosos interrogatorios, aceptando la amistad de su paciente tal como la define Iain Entralgo, y así brindar una buena ayuda continua, resultando en favor de la información pertinente para corregir su padecimiento, y la forma de evitarlo posteriormente, cumpliendo con la función principal del Médico Familiar que es la de educar a sus pacientes.

HIPOTESIS

H. :Mas del 50% de abandonos al tratamiento Médico, son propiciados por fallas de la comunicación entre el Médico Familiar y el paciente.

H.1 :Mas del 50% de abandonos al tratamiento Médico, No son propiciados por fallas de la comunicación entre el Médico Familiar y el paciente.

Enfoque de la problemática de la comunicación en la --- Consulta Médica:

Entre las primeras funciones del médico familiar, se encuentra la de educar a sus pacientes para la salud, y para poder efectuar esto, se requiere del establecimiento de una comunicación adecuada, en donde el codificador y el decodificador obtengan lo necesario de esa entrevista, en favor de la salud. El médico, por una parte, necesita conocer sintomatología y signología que le presenta en forma de noticia o queja el paciente, pero también requiere saber las alteraciones en el medio en donde se desarrolla el paciente, para poder determinar que es lo que determina la patología y la esfera que ha sido afectada (biológica, psicológica o social), para esto, se ha sugerido, más que interrogatorios rígidos, la aplicación de la "entrevista clínica" (num. 2,4), por su parte el paciente requiere de estudio de su patología, y la solución de la misma, aportando la información correspondiente, y espera una respuesta, dependiendo ambas de su estrato socio-cultural en gran parte influenciado por sus sentimientos y el medio en donde se desarrolla la entrevista. Ya establecida la comunicación, se presentan las barreras previamente desglosadas (semánticas, físicas, fisiológicas, etc.), ejemplificadas por la falta de legibilidad en la receta, dificultad para relacionar el horario indicado con el de sus actividades, incompreensión en cuanto a tiempo de tratamiento y vías de administración.

La comunicación en la consulta, presenta características de formalidad cuando se utiliza un cartabón clásico de semiología, y de informal en el caso de establecerse un diálogo abierto, imperativa, exhortativa e informativa dependiendo del momento de la entrevista, es horizontal, y ocasionalmente vertical, oral, escrita y ocasionalmente gráfica, y el local en donde se efectúa, debe ser agradable, ni frío ni caliente, íntimo, con una fuente de luz adecuada, de preferencia natural, instalación de agua potable, y contar con un cubículo en el que el paciente pueda depositar sus prendas para la exploración íntegra. Entre algunos aspectos en la consulta del IMSS se cuentan los siguientes; estereotipo en los consultorios,

dudosamente adecuados, exceso de consultantes (25 a 30) para el tiempo determinado previamente (3 hs.), correspondiendo 6 a 8 minutos por paciente, problemas laborales ocasionales, y otros imponderables.

Se pretende la solución, como mínimo, del 85% de los problemas de salud presentados al médico familiar, pero si tomamos en cuenta las barreras de la comunicación antes descritas, se pueden detectar muchas fallas, quedando muy por abajo de ese porcentaje los problemas resueltos, dando lugar a deserciones al tratamiento, fomentándose que el paciente recurra a otros servicios médicos o bien empíricos.

El empirismo en nuestra cultura se ha fortalecido por la deficiente educación para la salud, quizá por falta de redundancia en la información brindada en la consulta, por no realzar la importancia de medidas preventivas, y en el tratamiento de ese momento, o bien por la ausencia de alternativas propuestas en caso de persistencia del padecimiento, etc..

No se puede culpar al médico de todas las fallas en la comunicación, sino que también el paciente está sujeto a esas fallas, interpreta sus síntomas a su manera, salpicados por las alteraciones secundarias de su medio ambiente, atribuyéndolos a situaciones externas, que pueden variar el criterio del médico. Intenta adaptarse al medio de la consulta de acuerdo a su estrato sociocultural, comportándose muy agresivo o sumamente pasivo, acude otras veces solo por la incapacidad, requisito indispensable para conservar su trabajo, habiendo consultado otros medios previamente. No le interesan las medidas de prevención, el solo quiere curarse, le irrita la espera y le molestan las actitudes del médico, enjuiciándolo antes de la entrevista, etc..

JUSTIFICACION

Se han mencionado someramente las barreras de la comu
nicación en la práctica de la consulta de medicina familiar,
queda por esclarecer el porcentaje de fallas en el tratamienu
to secundarias a ellas. El motivo del presente estudio es ca
lificar en porcentaje, el grado de comunicación positiva en
la consulta actual, y su repercusión directa en las fallas o
abandono de tratamiento, señalar los aspectos de la comunica
ción con mayor problemática, y sentar las bases para sus po-
sibles soluciones.

OBJETIVOS

- A.- General: Detectar las fallas de la comunicación en la -- consulta de medicina familiar, sus repercusiones sobre -- la efectividad de las indicaciones terapéuticas, con meta en el mejoramiento de la salud, de acuerdo a la definición de este término, emanado de la OMS, (estado de -- bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad).
- B.- Específicos:
- B-1 Observar en el sitio de la consulta, que fallas en la comunicación son emitidas por el médico.
 - B-2 Evaluar que fallas en la comunicación, son emitidas por el paciente.
 - B-3 Cuantificar abandonos de tratamiento y fallas en el mismo, como resultado de alteraciones en la comunicación.
 - B-4 Detectar las diferencias en el control de la población -- por fallas en la comunicación, como diferencia entre el médico familiar egresado de la residencia, y el médico -- general.
 - B-5 Establecer aspectos de la comunicación con mayores fallas y sentar bases para su corrección.
 - B-6 Estimular en el médico y en el paciente, el deseo de establecer una mejor comunicación en pro de la salud.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Etapa 1.- Montaje e instrumentación:

Comprende desde la revisión bibliográfica, detección del problema, desarrollo del mismo, formulación del método - empleado y se concluyó el 30 de Julio de 1984.

El presente es un estudio de investigación prospectivo, se busca detectar alteraciones entre la comunicación médico familiar y el paciente. Para esto el Universo a investigar es muy amplio, comprende a la consulta médica en general pero en este caso, se somete a estudio a la consulta de medicina familiar del IMSS, Tomando como Universo de trabajo a la consulta de medicina familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar Numero 68, Tulpetlac, Estado de México, de la que se tomó una muestra representativa de consultorios al azar, en el transcurso de la consulta. Los instrumentos - utilizados són: 1.- Cuestionario aplicable a los pacientes - al salir de la consulta en la sala de espera. 2.- Hoja de registro de actitudes del médico, que califican en forma objetiva, las fallas detectadas durante la consulta, llenadas -- por el explorador en presencia del médico explorado. 3.- Hojas de cómputo mensual de los dos puntos anteriores.

Etapa 2.- Desarrollo de técnica:

Dentro del mismo límite de tiempo, se efectuó la impresión de las hojas con los cuestionarios mencionados, con el siguiente formato:

Hoja 1.- Cuestionario aplicable al paciente:

- 1.- ¿Se siente en confianza para exponer sus problemas de salud al Dr.?
- 2.- ¿Quedó algo de importancia que no le haya dicho - al Dr. en relación a su enfermedad o probables - causas de ella?, de ser así, exponga brevemente por favor, porque no lo hizo.
- 3.- En caso de duda, ¿Pregunta usted al Dr. ?
- 4.- ¿Como va a utilizar los medicamentos indicados?

(se le solicitó previamente la receta para corro-

borarlo).

- 5.- ¿Por cuánto tiempo debe utilizarlos?
- 6.- ¿Acude a otros médicos o a otras personas al no ver resultados con el tratamiento indicado, antes que consultarlo a el nuevamente?, en caso de ser así, ¿Porqué no acude a el nuevamente?.
- 7.- ¿Existe algo en el consultorio que le moleste o distraiga su atención?
- 8.- La espera para la consulta es larga y molesta, ¿esto afecta en algo la forma en que usted se dirige a su doctor?
- 9.- De acuerdo a lo mencionado por el Dr., ¿Que es lo que debe hacer usted para conservar su salud?
- 10.- ¿Que concepto tiene usted de la consulta de Medicina Familiar en el IMSS?

Apendice de la Hoja 1:

- A.- En los últimos meses, ¿Cuántas veces se ha enfermado de lo mismo por lo que consulta hoy? y ¿Cual es su enfermedad? (hasta donde le sea posible con testar).
- B.- ¿Otros miembros de su familia se hñn enfermado de lo mismo?
- C.- Los tratamientos anteriores ¿Por cuanto tiempo -- los siguió?
- D.- ¿Ha consultado a otros servicios por considerar - deficiente o inadecuado el tratamiento indicado - por su médico? (renglón) ¿Porque causa?

Hoja 2, Registro de las actitudes del médico familiar durante la consulta.

- 1.- La atención del Médico ¿Está dirigida a la problemática que le presenta el paciente? si no Parcialmente.
- 2.- Barreras detectadas en el mensaje _____
- 2A.-Diferencias semánticas utilizadas en el mensaje, y que afectan su decodificación _____

- 3.- ¿Informa sobre la índole del padecimiento? si no
Parcialmente
- 4.- ¿Hace incapié en las medidas preventivas? si no
Parcialmente
- 5.- ¿Permite el diálogo con el paciente? (en relación
con el padecimiento) si no parcialmente
- 6.- ¿Advierte sobre la posibilidad de nuevas entrevi-
tas? si no
- 7.- ¿Muestra premura por desasarse del paciente? si
no parcialmente
- 8.- Barreras detectadas en el canal de la comunicación
8A Físicas _____
8B Psicológicas u otras _____
- 9.- Legibilidad de la receta o énfasis en la forma de
utilizar el tratamiento: Legibilidad _____
Énfasis _____
- 10.- El tipo de comunicación utilizada _____
Apendice de la hoja 2.
- I.- ¿El paciente ha asistido otras ocasiones por pade-
cimientos similares, que pueden evitarse mediante
medidas preventivas? Sí _____ no _____
- II.- ¿Algún familiar directo, con las mismas caracte-
rísticas de daño a la salud y probable prevención?
Si _____ no _____
- III.- ¿Se busca la probabilidad de no haberse seguido
las medidas preventivas indicadas previamente?

- IV.- ¿Se interroga por la integridad en el cumplimen-
to de tratamientos previos? _____
- V.- ¿El tipo de relación establecida favorece la comu-
nicación? _____ ¿Porqué? _____
- Hoja 3 y 4.

Cómputo mensual de los porcentajes correspondientes a
cada una de las hojas anteriores y anexo a las mismas, el --
cómputo global total para cada una

Etapa 3: Obtención de datos.

El médico investigador asociado se encargó del llenado de la hoja 2, durante el transcurso de su paso por la consulta externa de medicina familiar, anotando de forma imparcial lo observado directamente, llenando una hoja por cada consulta.

Se solicitó el apoyo de las sritas. asistentes de consultorio, para la aplicación del cuestionario al paciente (hoja 1), haciendo incapie en la necesidad de enfatizar al paciente, que el estudio no repercutirá en forma negativa en su relación con el médico, indicando, además que no tiene -- que anotar su nombre en el cuestionario, y solicitando su apoyo en caso de observar dudas del paciente en el momento de llenar el cuestionario.

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre de 1984.

Las hojas de actitudes efectuadas, valoraron aspectos positivos, negativos, parcialmente positivos e intrascendentes con respecto a la comunicación, y se aplicaron a Médicos generales y a egresados de la residencia de Medicina Familiar, señalándose así en cada cuestionario, además del dx. presuncional.

Etapa 4.- Análisis de resultados:

A cada uno de los puntos de los cuestionarios se les dió un valor, partiendo del 100 % para cada cuestionario, -- en relación a su grado de importancia, con respecto a la comunicación, de la siguiente forma:

Hoja 1.- puntos; 1, 2, 3, 4, 6 y 9, un 6% cada uno, puntos; 5, 7, 8 y 10, 4% para cada uno. Apendice de la hoja 1; en total un 50%, dividido en forma objetiva, parcial, dando un mayor porcentaje, de acuerdo a su relevancia.

Hoja 2.- puntos 1, 6 y 10, 4% cada uno de los puntos. Puntos 3, 4, 5, y 7, 5% cada uno de ellos, puntos 2, 8 y 9, 6% cada uno. Apendice, un 50 % en total, diviendose en la misma forma que la hoja numero 1.

Los resultados de los cuestionarios del tipo 1, muestran una relación inversamente proporcional, entre los abandonos de tratamiento y la positividad en favor de la comunicación. Es decir, a mejor comunicación, menos abandonos de tratamiento y a la inversa.

De las calificaciones de los cuestionarios (en porcentaje), se dividió en rangos de 20 en 20 hasta un 100%, de acuerdo a su positividad en cuanto a la comunicación, en la forma siguiente:

- de 0 a 20%, pesima comunicación
 - de 21 a 40%, mala comunicación
 - de 41 a 60%, deficiente comunicación
 - de 61 a 80%, regular comunicación
 - de 81 a 100%, buena comunicación
- (Como se muestra en la gráfica 1)

Se tomó como deficiente comunicación a partir del 40% de alteraciones de la comunicación, por ser un indicador objetivo de ellas.

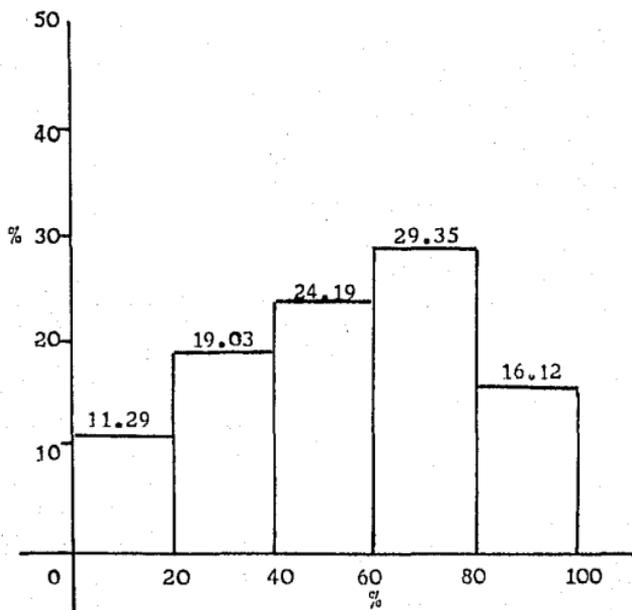
De los aspectos con mayor deficiencia detectados (mas del 50%), se encuentran los relacionados con el desconocimiento de las indicaciones en el tratamiento a seguir (puntos 4 y 6), la consulta a otros medios, como preguntar al encargado de la farmacia, o bien a otras personas, antes que a su medico (punto 6), el desconocimiento total de medidas preventivas (punto 9), como se puede ver en el cuadro 1.

Una relación entre la efectividad de la comunicación y el abandono de tratamiento, se muestra en la gráfica número 2.

Total de cuestionarios aplicados:	310
Total de cuestionarios con mas del 40% de defec- to en la comunicación:	169
Total de cuestionarios con menos del 40% de al- teraciones en la comunicación:	141
Total de abandonos de tratamiento:	173

El resultado total se comprobó mediante la técnica de "t" de Students, obteniendose una "t" = 1.3853, con 4 grados de libertad.

GRADUACION DE POSITIVIDAD DE LA
COMUNICACION EN PORCENTAJE
(CUESTIONARIOS A PACIENTES)



Gráfica 1

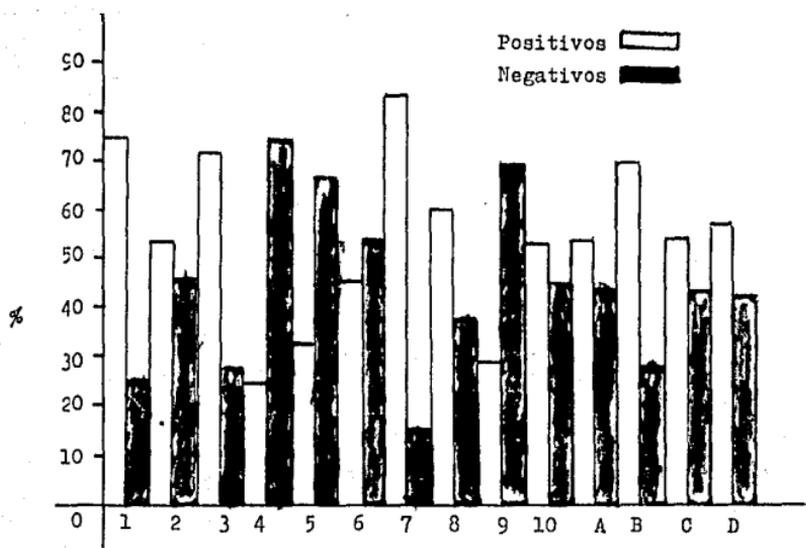
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS TOTALES DE LOS CUESTIONARIOS
APLICADOS A PACIENTES.

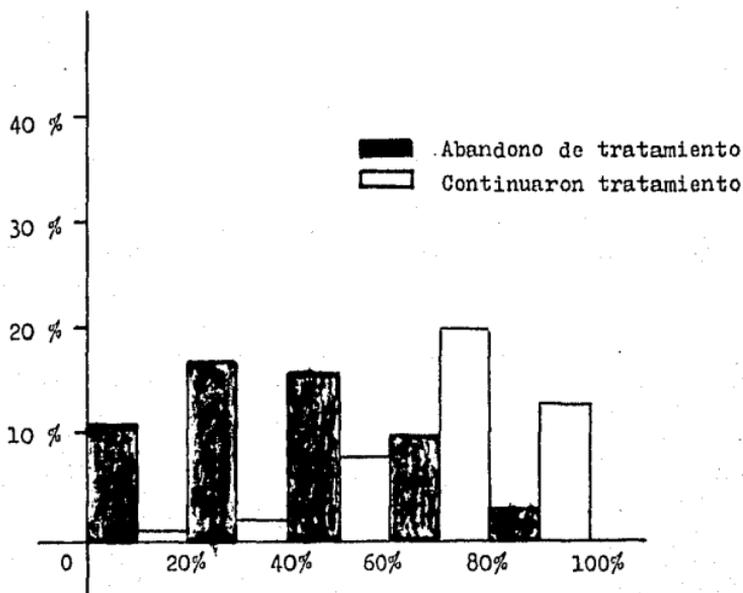
No. de pregunta	Totales positivos		Totales negativos	
	Numero	%	Numero	%
1	231	74.51	79	25.48
2	168	54.19	142	45.80
3	222	71.61	88	28.38
4	77	24.83	233	75.16
5	103	33.22	207	66.77
6	142	45.80	168	54.19
7	260	83.87	50	16.12
8	188	60.64	122	39.35
9	93	30	217	70
10	166	53.54	144	46.45
A	170	54.83	140	45.16
B	219	70.64	91	29.35
C	170	54.83	140	45.16
D	180	58.06	130	41.93

Cuadro Numero 1

ANEXO DEL CUADRO NUMERO 1



RELACION ENTRE LA EFECTIVIDAD DE LA
COMUNICACION Y EL ABANDONO DE TRATA
MIENTO.



Gráfica 2

De 310 cuestionarios aplicados, 173 indicaron abandono de tratamiento (55.8%), y de esos 173 cuestionarios, 134 (77.45%) correspondieron a aquellos que mostraron mas del 40% de alteraciones en la comunicación, por lo tanto el resultado del estudio es significativo.

Para la calificación de las hojas numero 2, se tomaron los mismos rangos en porcentaje que para las hojas 1.

Los aspectos de mayor relevancia se refieren a: Premura por desahucio del paciente, deficiencia en medidas preventivas, barreras en la comunicación representados por; entrada de otras personas al consultorio, sonidos externos, comunicación indirecta (Residente paciente), falta de instrumental para la exploración y otras, así como la ausencia de la verificación de la efectividad de medidas preventivas en padecimientos transmisibles, consultados previamente (ver cuadro 2 y gráfica 3).

De las 152 hojas efectuadas, 65 corresponden a médicos Familiares y 87 a Médicos Generales, observandose los resultados del cuadro 3.

La gráfica 4 muestra la relación percentil entre Médicos generales y Médicos Familiares, detectandose menos alteraciones de la comunicación en los egresados de la residencia de Medicina Familiar, comprobado por medio de Chi Cuadrada con una P de 0.5.

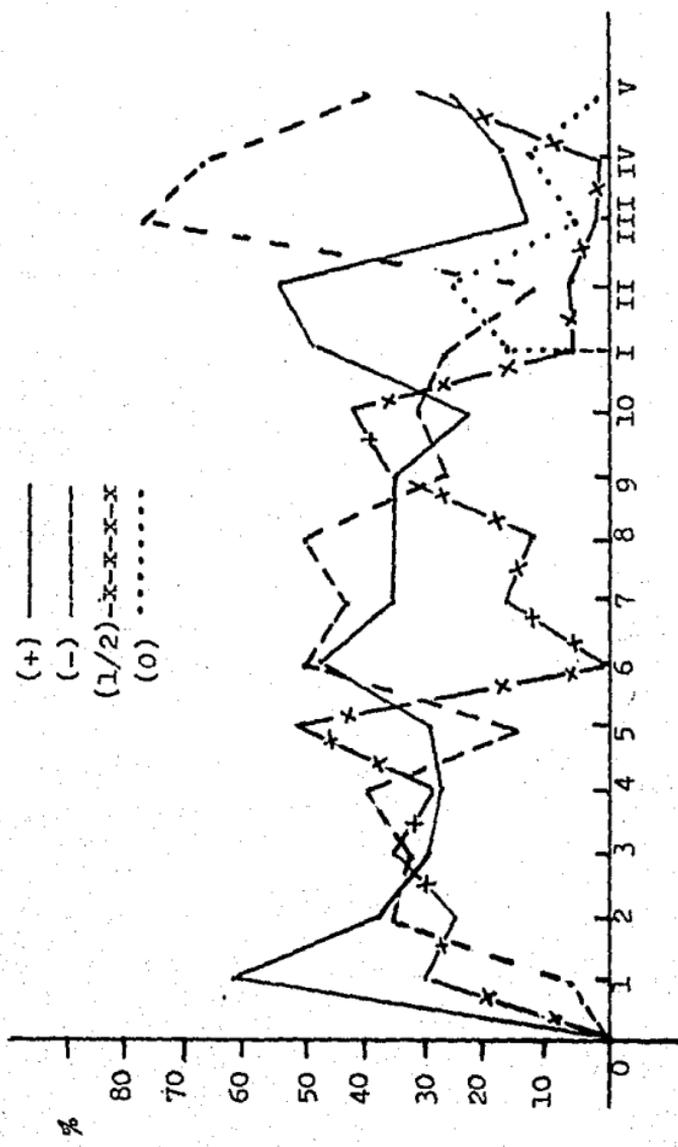
TOTALES DE LAS HOJAS DE LAS HOJAS DE
ACTITUDES DEL MEDICO EN LA CONSULTA.

Número de pre- gunta	(+)	(-)	1/2	Inprocedente
1	95	10	47	
2	58	55	39	
3	46	52	54	
4	44	63	45	
5	46	25	81	
6	73	78	1	
7	55	69	28	
8	54	78	20	
9	54	42	56	
10	37	50	65	
I	75	42	9	26
II	84	19	10	39
III	20	119	4	9
IV	26	103	3	20
V	41	63	47	1

Quadro 2

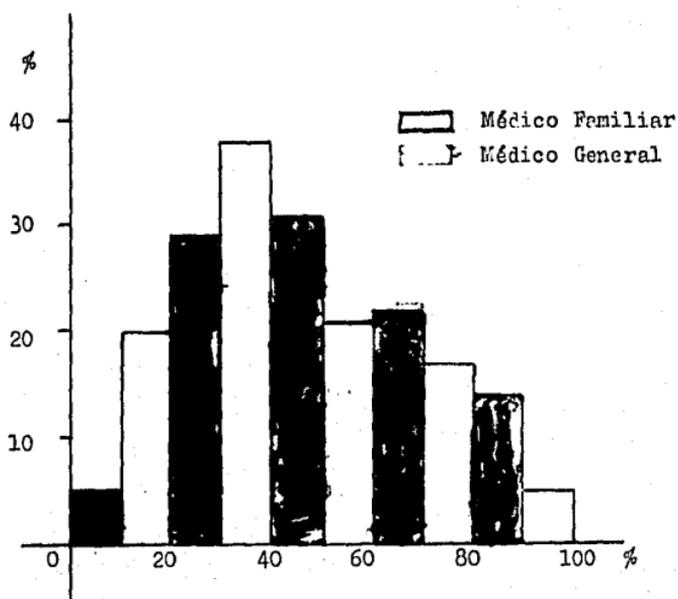
(La tabulación en % se muestra en la gráfica 3)

PORCENTAJES DE LOS TOTALES DE LAS HOJAS DE ACTITUDES DEL MEDICO EN LA CONSULTA.



Gráfica 3

RELACION ENTRE MEDICOS
Y MEDICOS FAMILIARES EXPRESADA EN
PORCENTAJE DE POSITIVIDAD.



Gráfica 4

BIBLIOGRAFIA

- 1.- INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES E IMPACTO EN LA SALUD INDIVIDUAL
COON, Howard F.
Medicina Familiar, 1a. ed., México D.F., Ed. -
Nueva Editorial Interamericana, 1974, pps. 26-38.
- 2.- TECNICAS DE ENTREVISTA
Ibid, pps. 216-221.
- 3.- PHYSICIANS USE OF COMPLIANCE-GAINING MESSAGE STRATEGIES, THEIR
EFFECT UPON PATIENT MEDICAL COMMUNICATION SATISFACTION AND -
PATIENT ADHERENCE TO TREATMENT REGIMEN INSTRUCTIONS.
LANE, Shelley D.
Tesis, Abril de 1983 Universidad Southern Califor
nia, Dissertation Abstracts International, Vol. 43 (10-A) pps
3152-3153.
- 4.- INFORMACION Y COMUNICACION
MARTINEZ, Cortes Fernando
Consulta Médica y Entrevista Clínica, 1a. ed., Méx.
D.F., Ed. Impresiones Modernas, 1979, (serie puntos básicos,
Medicina del Hombre) pps. 29-38.
- 5.- LA RELACION MEDICO PACIENTE
Ibid, pps. 39-56.
- 6.- PATIENTS PREFERENCES FOR PHYSICIANS COMMUNICATION BEHAVIOR:
ANALYSIS OF TREATMENT COMPLIANCE STRATEGIES.
O'HAIR, Henry D. Universidad de Oklahoma.
Dissertation abstracts International, 1982, Nov. -
Vol. 43 (5-A), pps. 1346.
- 7.- DE PATIENTS HUISARTS RELATIE ALS VOORWERP VAN PSYCHOLOGISCHE
RESEARCH (La relación Dr. Paciente, como objeto de estudio -
Psicológico).

Continua...

PIERLOOT, Roland y, VERHAEST, Serge.

Universidad Católica Louvain, Facultad de Medicina de Belgica

Nederlands Tijdschrift Voor de Psychologie en Haar Grensgebieden, Junio de 1982, Vol. 37 (1), pps. 3-17.

8.- LA RELACION MEDICO PACIFENTE

TREVIÑO, García Manzo, Roberto.

Gaceta Médica de México, México D.F., La Prensa Médica Mexicana, Ed. Fournier, 1978, Vol. 114, No. 5, Mayo, pps. 235-240.

I N D I C E

	Página
Antecedentes Científicos.....	1
Hipótesis.....	8
Enfoque de la problemática de la comunicación en la consulta Médica.....	9
Justificación.....	11
Objetivos.....	12
Cronograma de actividades.....	13
Etapas 1.- Montaje e instrumentación.....	13
Etapas 2.- Desarrollo de Técnica.....	13
Etapas 3.- Obtención de Datos.....	16
Etapas 4.- Análisis de resultados.....	16
Gráfica 1.....	18
Gráfica 2.....	21
Resultados totales de los cuestionarios (1) Cuadro 1.....	19
Anexo del cuadro 1.....	20
Total de las Hojas de actitudes del Médico en la Consulta Cuadro numero 2.....	23
Porcentaje de los totales de las hojas de actitudes del Médico en la consulta.....	24

	página
Gráfica 3.....	24
Gráfica 4.....	25
Bibliografía.....	26