

11226  
241 222

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No1**

**MEXICALI, B.C.**

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

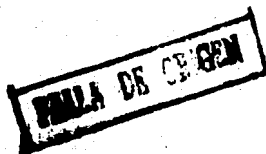
**HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No1**

**RELACION MEDICO-PACIENTE A NIVEL  
URBANO, SUBURBANO Y RURAL EN LAS  
CLINICAS DEL IMSS DE LA CIUDAD DE  
MEXICALI Y SU VALLE**

**TESIS DE POSTGRADO**

**DRA. SONIA LORENA PAYAN GARCIA**

**MEXICALI, B.C.**



**ENERO 1985**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# INDICE

	PAGINAS
1.- INTRODUCCIÓN .....	1
2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS .....	3
3.- MARCO TEÓRICO .....	6
A) COMUNICACIÓN .....	6
B) OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN .....	10
C) CONDICIONES FACILITADORAS EN LA COMUNICACIÓN ...	11
D) AUTENTICIDAD .....	13
E) EMPATÍA .....	14
F) ATRACCIÓN INTERPERSONAL .....	15
G) INTERACCIONES SOCIALES .....	21
H) RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE .....	23
I) COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE ....	26
J) DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE .	28
K) LA PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES .....	30
L) MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE .....	36
4.- OBJETIVOS .....	39
5.- HIPÓTESIS .....	40
6.- MATERIAL Y MÉTODO .....	41
7.- RESULTADOS .....	51
8.- CUADROS Y GRÁFICAS .....	52
9.- COMENTARIO .....	55
10.- CONCLUSIONES .....	57
11.- SUGERENCIAS .....	58
12.- BIBLIOGRAFÍA .....	60

# INTRODUCCION

El aspecto salud del contexto institucional viene a formar la base de la atención de las mayorías en nuestro país.

Es importante su conocimiento en sus diferentes niveles.

La base de este Sistema de Salud es la medicina de primer nivel, donde el médico familiar es la pieza elemental junto con el paciente.

Dentro de su actividad como profesional de la salud, la interacción interpersonal que se dá con el paciente viene a conformar la dinámica del proceso de entrada del paciente hacia este gran sistema sanitario.

La relación Médico-Paciente es vital para el desarrollo de la medicina de primer nivel.

Fue de esta manera imprescindible conocer las circunstancias, factores relacionados y su calidad en nuestra Institución.

La generalización de la atención médica mediante la institucionalización de los servicios de salud traen consigo la despersonalización de ambos participantes, tanto del médico como del paciente, siendo afectada este tipo de interacción que por sus características distintivas la hacen muy especial.

Era necesario dar una base científica a las observaciones realizadas durante labores con respecto a la relación Médico-Paciente.

La investigación no solo se confinó a clínicas urbanas, sino que también se estudiaron las áreas suburbanas y rural.

Se contempló también la posible diferencia que podía haber con respecto a una residencia de Medicina Familiar para la influencia positiva en esta interacción.

Se buscaron las posibles fallas que cada uno de los factores estudiados: Institución, Médico y Paciente podían traer consigo para el deterioro de la relación a nivel de consulta externa de Medicina Familiar.

Contra todas las suposiciones negativas que se externaban en cuanto a la calidad de la relación Médico-Paciente, este estudio fué capaz de demostrar todo lo contrario.

Las perspectivas de un buen servicio médico quedan alentadas después de comprobar que uno de los principales elementos dentro del Sistema de salud " La relación Médico-Paciente" se desarrolla en forma adecuada.

g\*

## ANTECEDENTES HISTORICOS

Toda relación tiene elementos en común, esta situación que envuelve dos o más individuos con interacciones particulares complejas como necesidades específicas según la idiosincrasia, con diversas formas de relación, adaptación e imitación. (6)

En cada relación entran en juego potencialmente diversos grados emotivos positivos, negativos o ambivalentes.

Así pues la relación Médico-Paciente no puede escapar a las características comunes de otros tipos de relaciones interpersonales, ya sea a nivel intrafamiliar, dentro del trabajo, etc.

La relación Médico-Paciente guarda primordial importancia ya que es el primer contacto que tiene el paciente para entrar en el gran Sistema de Salud; de este primer contacto puede derivar la eficiencia de un buen servicio médico.

La relación Médico-Paciente se ha estudiado en diferentes ángulos: Psicológico y Sociológico entre los que a nosotros concierne para este estudio.

Dentro del enfoque sociológico encontramos autores como Henderson (1935), Parsons (1951), Samuel Bloom (1963), Robert Wilson en 1963, entre los más importantes.

En el enfoque psicológico tenemos a Hollander, Sasz, Alby, Anna y Sigmund Freud, King, Ditcher y otros.

Henderson, Parsons y Wilson hablan de la función que tiene el médico como agente moderador social.

Parsons junto con Henderson argumentan que en la relación Médico-Paciente existen roles, uno para el enfermo y otro para el médico; el rol del médico se caracteriza por: universalismo, especificidad de funciones, neutralidad afectiva y orientación colectiva.

El rol del paciente se puede resumir en la obligación de querer recuperar la salud y la obligación de la sociedad de ayudar al paciente a recuperarla.

Bloom en 1963, establece modelos de interacción para la relación Médico-Paciente, estos esquemas definen esta relación como-

dos personas únicamente, el médico y el paciente.

Bloom acepta los roles mencionados por Parsons así como el concepto de "Grupo de Referencia" aunado al análisis transaccional de Spiegel.

De todo esto se llega a un esquema complejo de relación Médico-Paciente, quedando esta relación incluida en una gran Matriz Socio-cultural dominante; la relación es llevada a cabo mediante transacciones expresivas.

Cada individuo, el médico y el paciente, pertenecen a un grupo de referencia con el cual interactúan estrechamente, por ejemplo: el médico con sus colegas, el paciente con su familia; pero a su vez - éste pequeño grupo de referencia pertenece a otro grupo de referencia más amplio ubicado dentro de la sociedad en que se desenvuelven.

Wilson, Alby y Reader otorgan dentro de la relación Médico-Paciente el papel de maestro o guía al médico, considerando el papel del paciente como pasivo, dejándose guiar por el médico hasta reincorporarse a la sociedad. (3)

Sigmund y Anna Freud hacen énfasis en los fenómenos de transferencia y contratransferencia dentro de los procedimientos terapéuticos en la relación Médico-Paciente; el paciente puede verse así mismo como un niño, adquiriendo el médico la imagen paternal.

Hollander y Sasz conceptualizan 3 modelos de relación, denominándolos como: a) Activo-Pasivo b) Guía-cooperador c) Mutua participación. (3)

King da importancia a las diversas maneras en que el paciente y el médico pueden percibir la relación Médico-Paciente; según King esta relación puede ser vista por el paciente como: a) Alteración de los estados psicológicos, b) Reacciones psicológicas a la enfermedad y c) Patrones socioculturales. (3)

El médico por otro lado considera 4 formas: a) Poder y prestigio b) Otro tipo de orientación, c) Neutralidad emocional d) Dominio de conocimientos médicos.

Más recientemente Veatch realza los valores éticos en la práctica médica, los cuales también son agrupados en 4 modelos: (8)

a) Ingeniería b) Sacerdotal c) Colegial d) Contractual

Estudios realizados en el País por el Dr Fernando Martínez, exponen los factores que interfieren con una mala relación Médico-Paciente entre los más importantes, a nivel institucional en -  
contró: a) Tiempo escaso para la consulta b) Despersonalización  
c) Burocratización del médico d) Uso excesivo de lenguaje técnico  
e) Tecnificación de los servicios médicos y f) Falta de confianza -  
por parte del paciente al médico. (1)

Para llevar a cabo una buena relación Médico-Paciente es indispensable conocer su arquitectura y funcionalidad, así como los factores de falla. Como se menciona al inicio, el primer contacto de el paciente con el Sistema Salud es el médico familiar y la forma de relacionarse o involucrarse es mediante una buena relación in -  
terpersonal, de ahí su importancia y la necesidad de conocerla.



# MARCO TEORICO

## COMUNICACIÓN.-

En años recientes los procesos de comunicación han sido objeto de la atención de investigadores para estudios que dan lugar a gran número de conocimientos, principalmente en cuanto a comunicación interpersonal se refiere.

Existe un gran énfasis para que el individuo profesionalista desarrolle su habilidad como comunicador.

## COMUNICACIÓN:

Es aquello que incluye 3 familias: comunicación animal, palabras humanas y una comunicación afectiva, (Dance 1970)

Es un proceso para crear significados entre 2 o más personas, (Tubss y Moss 1980).

Relación para todas las influencias existentes en la interacción de personas.

Es cualquier producto social que resulte de la integración de una idea a una estructura.

Proceso o sistema que permite transferir información desde un punto emisor hasta otro receptor.

El tipo de comunicación más frecuente es la llamada "Comunicación Dual". Esto es, aquella que se da entre 2 personas, cara a cara y tiende a poseer tres características:

- a) Ambas personas están cerca una de otra
- b) Ambas personas envían y reciben mensajes
- c) Los mensajes tienen componente verbal, vocal o no verbal, los cuales tienen un significado asignado

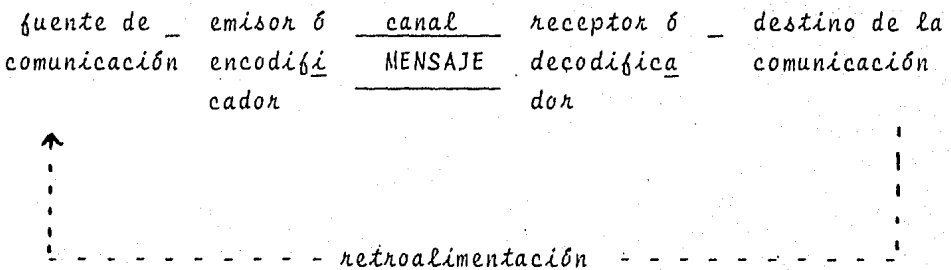
Esta comunicación dual, es efectiva solamente cuando hay alguien que manda un mensaje y otro que lo recibe.

Tubss y Moss en 1980 sugirieron 5 formas para establecer una buena comunicación dual (2)

- a) Entendimiento de la parte que se recibe
- b) Impacto en las actitudes del receptor
- c) Mejoramiento de las relaciones entre el que envía y el que recibe el mensaje.

- d) Una acción de influencia en el receptor
- e) Agrado y entretenimiento mutuo

Aquí mostramos un modelo básico de comunicación dual, para identificar los elementos principales que toman parte en el proceso. Su distribución no significa que se trate de una dinámica lineal, solo que se esquematiza así para su fácil entendimiento.



Modelo de Comunicación según Shannon - Weaver

**FUENTE:** Se llama fuente, codificador o transmisor al individuo encargado de enviar el mensaje, pero éste a la vez, puede ser receptor, decodificador simultáneamente durante el proceso de comunicación.

**CODIFICACIÓN:** Proceso en el cual el individuo transforma pensamientos y sentimientos en formas comunicables.

La codificación encierra a su vez dos pasos para realizarse

- a) Identificación                      b) Preparación

Identificación es el proceso en el cual el individuo escoge los símbolos o palabras apropiadas para transmitir sus pensamientos o sentimientos.

Este es un punto donde la comunicación se puede ver afectada, por ejemplo:

cuando un individuo no encuentra las palabras apropiadas para comunicar sus pensamientos o sentimientos.

Preparación es el proceso en el cual el individuo define la forma o manera en que se transmitirán sus pensamientos o sentimientos. (2 y 10)

**MENSAJE:** Es toda idea, pensamiento o sentimiento que se genera en un individuo y se transmite a otro mediante formas verbales, no verbales o vocales, que buscan provocar una respuesta en el receptor. El mensaje recibe un tratamiento por el emisor.

El mensaje es transmitido después de ser codificado por la fuente emisora. Cada individuo codifica y decodifica mensajes en base a la información y vivencias que cada uno trae consigo.

Infortunadamente no todas las personas tienen exactamente el mismo sistema de signos debido a que no todas tienen las mismas experiencias en la vida. (2 y 10)

**CANAL:** Se define como el medio por el cual el mensaje es o será transmitido. Existen tres canales para un mensaje:

- a) verbal                      b) no verbal                      c) vocal

Estos canales son utilizados en la codificación y decodificación de mensajes.

Un mensaje transmitido por un canal, puede ser contradicho - mediante otro al mismo tiempo; por ejemplo:

Decir que se está alegre y tranquilo mostrando una facie de tristeza además de un temblor fino en manos.

**RETROALIMENTACIÓN:** Proporciona a la fuente la información con respecto al éxito que obtuvo al cumplir su objetivo, o también su -- fracaso. Al hacer esto ejerce un control sobre los futuros mensajes -- que la fuente encodifica. (10)

Las consecuencias de una respuesta en la comunicación es q' -- sirve de retroalimentación tanto para la fuente como para el recep- -- tor.

La comunicación implica a menudo una interdependencia de ac- -- ción-reacción. La acción de la fuente influye en la reacción del re- -- ceptor y la de éste a su vez en la reacción subsiguiente de la --- fuente.

Tanto la fuente como el receptor pueden hacer uso de las -- reacciones de cada uno; las reacciones sirven de retroalimentación.

Permiten a la fuente y al receptor controlarse ellos mismos -- , determina hasta que punto están teniendo éxito en el cumplimiento -- de su propósito.

Cuando la fuente recibe una retroalimentación que recompensa, -- continúa produciendo el mismo tipo de mensaje, cuando ésta retro- -- alimentación no recompensa, cambiará eventualmente su mensaje.

**RECEPTOR:** Llamado también decodificador, es aquella fuente que -- recibe el mensaje emitido por la fuente emisora. Este sufrirá el pro- -- ceso de escuchar, reflexionar y pensar sobre el mensaje captado para -- posteriormente tener una respuesta denominada retroalimentación.

El receptor también a su vez puede pasar a ser un emisor en -- el proceso de comunicación.

## OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN

1) *Lenguaje del interlocutor:* Cuando el codificador utiliza palabras o signos cuyo significado no es entendido por el receptor.

Algunos de estos ejemplos pueden ser: lenguaje técnico, diferentes idiomas, lenguaje vulgar o caló.

2) *Emociones e intención del interlocutor:* Es importante -- dar al mensaje una intención o sentido para provocar una respuesta deseada y debe de acompañarse de otro canal que sería el no verbal, emotivo.

3) *Mensaje conflictivo:* Cuando se utilizan dos canales dando información que se contraponen entre sí, siendo percibida por el receptor como difícil de entender o ambigua.

4) *Transmisión inefectiva:* Es cuando el individuo tiene dificultad para transmitirle el mensaje ya sea porque habla muy rápido o muy lento, voz baja o tartamudea. A veces el individuo no sabe -- dar la entonación adecuada.

5) *Prejuizar:* Rogers en 1961 propuso que la mayor barrera -- en la comunicación interpersonal es la natural tendencia que tenemos para juzgar, evaluando los mensajes (2)

Cuando el individuo se deja llevar por sentimientos asociados a ciertas situaciones puede hacer que el mensaje se interprete -- erróneamente.

6) *Barrera:* Llamada también ruido, es toda aquella interferencia que se mezcla o se suma a las señales emitidas.

## CONDICIONES FACILITADORAS PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN

Carkhuff y Brenson en 1967, encontraron que para una buena comunicación en una relación interpersonal los niveles altos de: empatía, respeto y autenticidad ayudan a una comunicación clara.

Las habilidades son indispensables para los servicios profesionales en donde hay relaciones interpersonales representativas de cambios de conducta.

Mucha gente piensa que es necesario para una buena relación la presencia de mutuo respeto entre ambas personas.

El respeto puede ser interpretado de varias maneras, según -- las vivencias del individuo.

Nosotros podemos definirlo como: algo profundo, actitud no condicionada para aceptar personas en su totalidad.

Esto no quiere decir que tengamos que aceptar sus defectos, sino que debemos tomar en cuenta que es una persona con sus respectivas fallas y aciertos.

El respeto envuelve el esfuerzo de identificarse y estar enterados de los sentimientos que existen en la otra persona.

Carkhuff y Bereson en 1977 manifestaron: se debe mantener un respeto igual al que nosotros tenemos para si mismos.

El respeto no implica suspender los juicios que establecemos sobre la conducta de otros. Es necesario no solamente sentir el respeto a otro individuo, sino que más importante es saber transmitirlo.

Existen formas para transmitir respeto, algunas de ellas se -- rán mencionadas a continuación:

a) Atención Física: Son todas las actitudes físicas que demuestran nuestro interés hacia el mensaje que transmite la otra persona.

b) Escuchar activamente: Es poner atención directa sobre el mensaje analizándolo y complementándolo con nuestra información, dando así la oportunidad de intervenir oportunamente en forma efectiva cuando la interacción lo requiera.

c) *Espera paciente:* Los individuos buenos para escuchar saben cuanto tiempo tienen que esperar para interactuar armónicamente. Sabemos que el interlocutor necesita tiempo para exponer su información y que dentro de la comunicación existen pasusas que son ventanas que permiten la participación de ambos en forma activa.

d) *Reponder sin prejuizar:* La tendencia a evaluar experiencias de otras personas representa uno de los mayores obstáculos para la realización de una empatía en la comunicación.

El juzgar anticipadamente sentimientos o experiencias de otra persona puede significar un ataque a sus valores con el consecuente sentimiento de no respeto.

e) *Transmisión de empatía:* Una de las mejores maneras para transmitir respeto por los sentimientos, pensamientos y conducta del interlocutor es la Empatía.

Para los médicos el transmitir empatía es una de las mejores formas para transmitir respeto al paciente ya que la enfermedad tiene un sentido de dignidad.

f) *Discordancia y Confrontación:* Perspectivamente un sentido de discrepancia y confrontación sugiere la entrada de una asociación honesta con verdadero respeto y empatía.

Esta actitud no debe expresarse como una respuesta agresiva o negativa hacia la otra persona, debe ser una combinación de vivencias y experiencias que ayuden a la búsqueda de un objetivo común y constructivo.

## AUTENTICIDAD.-

Es una cualidad de congruencia y autenticidad en el comportamiento de un individuo.

En nuestra cultura es algo difícil de determinar ya que es un valor no pretencioso, real, genuino, un valor manufacturado, imagen para una aceptación social.

Es difícil definir exactamente que es genuino o auténtico pero se puede decir que son modelos manufacturados de social conveniencia que son aparentemente auténticos y naturales.

Roger lo define como: una conducta humana en la cual fuera de máscaras y reflejos sobre qué y quién es el individuo en realidad.

Es importante que el médico sea genuino, esto es, que tenga -- congruencia y autenticidad, ya que es reconocido que estas cualidades facilitan una buena relación interpersonal.

El paciente debe percibir un rol médico libre, natural que un rol frío, ya que si estos individuos transmiten mensajes negativos -- por tener una conducta destructiva, la comunicación se afecta.

La transmisión de nuestra autenticidad es muy importante, Egan encontró en 1975, cuatro conductas que dan lugar a esta transmisión:

- a) Espontaneidad
- b) No defensivo
- c) Consistente
- d) Auto-presentación

existen otras dos conductas que también tienen este efecto:

- e) Flexibilidad
- f) Contigüidad
- g) Compartir



## EMPATIA.-

La palabra empatía se define en los diccionarios anglosajones como la " proyección imaginativa de nuestra psique consciente en otro ser" o la " adscripción de nuestro ser emocional al objeto externo que le sirve de estímulo visual y auditivo".

Fue un brillante psiquiatra Harry Stack Sullivan, quien lanzó esa voz al uso en conexión con el estudio de la conducta humana. Empatía-escribió- es el termino que usamos para designar esa especie de vínculo emocional peculiar que subyace en las relaciones entre el individuo y las personas que significan algo para él. Dura toda la vida en los seres humanos. (11)

El establecimiento de empatía es importante por dos factores:

- a) La habilidad de percibir las experiencias de otras personas tal y como ella las vé.
- b) La capacidad de entender la esencia de las experiencias de otros.

Los obstáculos para la transmisión de empatía son:

- 1) No escuchar o poner atención a la persona
- 2) Mostrar poco respeto por la persona
- 3) Empatía imitada: cuando el emisor transmite mensajes que nosotros no entendemos, por no haber puesto atención o desconocerlos, encontrándonos perdidos en la plática pero demostrándole de todas maneras gran interés.
- 4) Uso de lenguaje inadecuado
- 5) Divagación: cuando el individuo poco a poco se aleja del centro de la plática, dando lugar a que el interlocutor se confunda.

## ATRACCION INTERPERSONAL

Los psicólogos argumentan que el individuo se ve atraído - por lo positivo y menos por lo negativo.

La atracción interpersonal puede ser positiva o negativa.

Podemos definir a la Actitud en la atracción interpersonal - como la tendencia o predisposición del individuo para evaluar a - otra persona o símbolo de esa persona en una forma positiva o negativa. (2)

Agrado: significa que la evaluación global de una persona - la haga catalogarla como positiva sin ninguna otra intención emocional.

Agrado o atracción tienen una dimensión de significado no u - nidimensional. Nosotros no podemos tener sentimientos de agrado y de desagrado para con una misma persona.

Es difícil que un mismo motivo nos cause atracción para dos personas diferentes.

### MODELOS Y TEORIAS DE ATRACCION INTERPERSONAL.-

#### MODELO DE AFECTO-REFORZAMIENTO:

Byrne y Clore en 1970 propu - sieron que nuestro gusto por alguien o disgusto se basa en los - sentimientos buenos o malos que nos relacionen con esa persona, -

La esencia de este modelo está sumado en 4 proposiciones - básicas, que son:

a) La mayoría de los estímulos a los cuales estamos expues - tos puede ser de dos tipos: Reforzamiento o Desagrado

El individuo aprende a conducirse de tal manera que conti - nuamente obtenga mayor reforzamiento y menor desagrado.

b) Los estímulos positivos darán lugar a reforzamientos - mientras que estímulos negativos provocan sentimientos negativos

c) La evaluación de cualquiera dando estímulos agradables ó desagradables depende del medio que surjan sentimientos - positivos o negativos y qué tan fuertes son éstos. Consecuentemente podemos ordenar nuestros gustos o disgustos en nuestra escala.

d) Cualquier estímulo neutral que es asociado con un refuerzo, puede adquirir la capacidad de estimular positivamente - sentimientos y nos gustarán como consecuencia y viceversa.

Si el estímulo neutral es una persona, ella o él serán agradables si se asocian a refuerzos positivos.

TEORIA DEL CAMBIO SOCIAL: Thibaut y Kelley en 1959 postularon esta teoría que consiste en que el individuo queda atraído por otro en la relación si las recompensas de esa relación - son grandes para el primero con un costo bajo.

Nivel de comparación: Valor promedio de todo reforzamiento exitoso conocido para un individuo en virtud de la experiencia que tiene o lo que ha visto de otras en las interrelaciones.

Aquí el individuo valora lo que ofrece y lo que puede obtener de otro individuo en una relación.

TEORIA DE EQUITATIVIDAD: Fue introducida por Adams en 1965, elaborada por Walster y Berscheid en 1970 y 1978.

Esta teoría sugiere que el individuo le gusta mantener un balance en sus relaciones entre lo que dan y lo que reciben - de otros. Esto asume que la gente le gusta tener beneficios proporcionales a los servicios que otorgan en las relaciones.

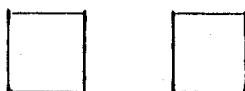
TEORIA DE LA DISONANCIA COGNITIVA: Nosotros encontramos a una persona más atractiva cuando los esfuerzos que realizamos para promover una relación con ella son mayores; será menos atractiva cuando estos esfuerzos sean menores.

## TEORIA DE AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOATRIBUCION:

Propuesta por Bem en 1965, postula que nosotros determinamos nuestro gusto por otra persona mediante la observación de nuestra conducta en relación con la otra persona.

TEORIA INTERACCIONAL: Levinger en 1972 enfoca la interacción existente entre dos personas según los niveles de contacto que establecen entre sí. (2)

a) No contacto



b) Conocimiento unilateral



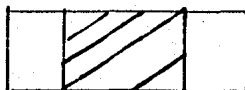
c) Contacto superficial  
interacciones superficiales



d) Mutualidad



e) Mayor intersección



f) Total unión



La utilidad de los modelos de atracción es:

- a) Conocer las condiciones en que se dá el gusto o desagrado por una persona.
- b) Percibir las características personales para una buena atracción interpersonal.

#### DETERMINANTES DE ATRACCION:

- 1) Tener intereses y gustos similares
- 2) Compartir puntos de vista
- 3) Tener personalidad y cualidades agradables
- 4) Grata presencia física
- 5) Poseer cualidades, posesiones y capacidades
- 6) Gustarle que regrese el otro individuo

La oportunidad para interactuar con otro individuo está -  
dad por la proximidad o cercanía.

La más importante determinante para que le agrade otra --  
persona es que esa persona le guste o nó usted.

El que otra persona le haga saber que usted le agrada es -  
un poderoso reforzamiento. El autoconcepto y el nivel de autoestima,  
es usualmente afectado por la provisión de la aprobación social. Cuando el autoestima es alta no se responde importantemente a la otra persona que expresa su agrado; pero cuando el autoestima es baja el individuo busca afecto; así se tolera más el desagrado.

Tendemos a sentir desagrado cuando nuestra autoestima es -  
baja.

**COMPLEMENTACION:** Fenómeno en que un individuo con características diferentes despierta en nosotros un sentido de atracción. La posible explicación es de que la otra persona posee características diferentes que son necesarias o atractivas de conocer por el otro individuo en una forma de complementación.

**ATRIBUTOS FISICOS:** En nuestra cultura la apariencia personal forma un punto importante para causar agrado, por esto el individuo a veces se va a los extremos para mejorar su apariencia física.

Se evalúa positivo al individuo atractivo, ya que nosotros tendemos a asociar lo agradable con lo bonito, además asociamos lo útil con lo bonito también. Esto es erróneo, además de que se desprecian cualidades a las personas no atractivas.

**COMPETENCIA:** Bramel en 1969 propuso que la gente le atrae y agrada el individuo que es inteligente, capaz, competente más que el que no lo es. Por otro lado la gente que es sumamente competente o inteligente provoca un sentimiento de desagrado en ocasiones -- cuando el individuo se compara con ellos.

En virtud de nuestra responsabilidad, más para el profesional de la salud, cuya distinción es proveer cuidado médico, emocional y confort al paciente.

Nuestras funciones como médicos deben ir encaminadas a reducir los sentimientos de soledad, tristeza, desaprobación, miedo y ansiedad que llevan al paciente a un estado de ESTRES.

**REDUCCION DE LA SOLEDAD:** Una de las actividades básicas de el individuo es, buscar la interacción con otros, con la tendencia a una interacción social.

Uno de los premios obtenidos al afiliarnos con otros es la Estimulación. Hay que evitar la indiferencia y apartamiento del paciente, lo que impide una recuperación pronta de la salud. El profesional de la salud debe estar alerta de los efectos del aislamiento por la sociedad.

**REDUCCION DEL MIEDO:** El individuo que experimenta el miedo siempre trata de afiliarse a otro que no lo tenga.

Cuando alguien se siente enfermo busca la afiliación con otro, Schachter en 1959, realizó un estudio donde éste fenómeno se --

comprobó, incluso notó, que el individuo que tiene miedo no se asocia a cualquiera, sino que lo selecciona según sus necesidades.

El individuo que teme no se afilia a otro que tenga más miedo ya que esta relación le provocará un incremento en su temor

Schachter postula cinco procesos que se dan en individuos con temor que los ayuda a disminuirlo. (2)

- a) ESCAPE: una persona bajo mucho estrés, desea platicar con otros de sus mismas condiciones que puedan ayudarla a salir de su situación.
- b) CLARIDAD COGNITIVA: es una situación ambigua en donde una persona da información a otra que puede ayudarla a ganar perspectivas sobre ella.
- c) REDUCCIÓN DIRECTA DE ANSIEDAD: cuando la gente habla de el mismo problema en común, los cuales proveerán al individuo de apoyo y soporte.
- d) REDUCCIÓN INDIRECTA DE ANSIEDAD: la persona se afilia a otra en orden de mantener fuera de su mente su ansiedad y los eventos que vengan.
- e) AUTOEVALUACION: en la interacción con otros puede comparar lo que expresan otros con lo que él ha expresado para justificar sus sentimientos y razonamientos.

#### REDUCCIÓN DE ESTRÉS.-

Epley en 1974 notó que la gente con estrés mostraba más disturbios psicológicos cuando estaba sola que cuando estaba acompañada de otros.

Médicos y Psicólogos han visto la importancia de los sistemas de soporte que ayudan con el uso de compañía y consejo a disminuir el estrés en el paciente.

## INTERACCIONES SOCIALES

En las interacciones sociales, nosotros nos formamos una impresión de otras personas al mismo tiempo que ellos se forman otra de nosotros. La manera en que los individuos se muestran por sí mismos a otros se refiere a una conducta conocida como auto-presentación.

**MANEJO DE LA APARIENCIA:** Es el proceso mediante el cual controlamos nuestra apariencia y conducta en orden de influir con nuestra impresión en la forma de otros.

El objetivo del manejo de la apariencia es buscar, la aprobación del individuo en la sociedad.

En el intento de causar buena impresión, los individuos utilizan varias tácticas de insinuación. (2)

Jones en 1964 identificó algunas de estas tácticas de insinuación:

- a) Autopresentación positiva
- b) Conformidad
- c) Realizador de favores
- e) Realzar a otros

La recompensa del uso de estas tácticas insinuantes son:

- a) Adquisición
- b) Protección para el daño
- c) Acrecentar nuestra importancia

Algunas formas de autopresentación no encierran el manejo de la apariencia personal; entre ellas tenemos la autorevelación, en donde el individuo revela información personal auténtica.

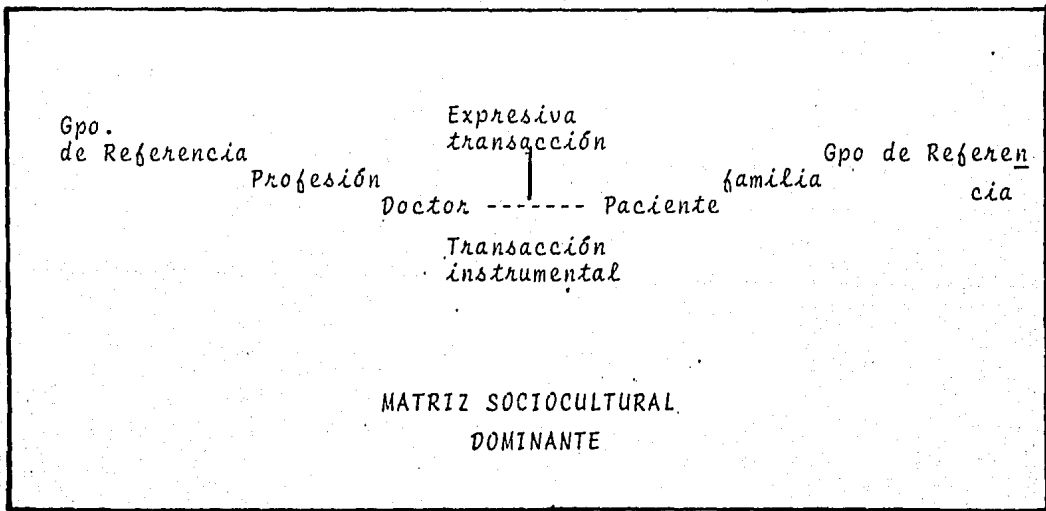
Esta autorevelación se define como la cuantía, cualidad, intimidad, tiempo, circunstancias y persona para quién revelamos.



## IDENTIFICACIÓN CON EL GRUPO DE REFERENCIA.-

Una de las más poderosas influencias del contexto social - en la autopresentación es el grupo social particular con el cual - el individuo interactúa y se identifica.

GRUPO DE REFERENCIA: Son aquellos en los cuales el individuo los refiere como guías de su autopresentación y forma de comportamiento, así como su sentimiento de pertenencia. (6 y 7)



Bloom, S.W. *The Doctor his Patient*, Nva York: Rusell Sage  
Fundación, 1963, p 256.

## RELACION MEDICO-PACIENTE

Gerard Hunt y colaboradores, examinaron la importancia de la reciprocidad en la relación médico-paciente; este autor sugiere 3 suposiciones en cuanto a premisas que pueden favorecer esta interacción entre médico y paciente, las cuales son: (4)

- a) El doctor sabe lo mejor
- b) La gente sabe lo que es bueno para ellos
- c) Haremos lo que ellos quieren hacer

Estas suposiciones o premisas en la relación están influenciadas por factores psicológicos, sociales y culturales que están impresos en ambos sujetos relacionados.

**EL DOCTOR SABE LO MEJOR:** Desde la infancia hemos sido guiados por adultos y personas cuya información, instrucción y consejo fueron útiles indudablemente para nosotros; esta experiencia crea una fuerte base psicológica para con los médicos, los cuales toman ese lugar ante la psicología del paciente.

Nuestra cultura ofrece una base firme para el poder del médico en forma de modelos herbicos y formas institucionalizadas - reconocidas como la denominación "Doctor"

**LA GENTE SABE LO MEJOR PARA ELLA:** La suposición se base en las predilecciones de la gente y de lo que le dicen al médico de que a fin de cuentas es responsabilidad propia su vida y de nada más. Estos dos factores: retroalimentación fisiológica y regeneración segura, dan lugar a una seguridad interna de que la gente sabe que es bueno para ella. Además hay una base sociocultural para el punto de que cada uno es responsable de lo que nos pase y de tener precaución en cuanto a la responsabilidad hacia otro.

**HAREMOS LO QUE ELLOS QUIEREN HACER:** Cuando existe sumisión - por parte del paciente para el manejo terapéutico se vislumbra -

una condición favorable para esta relación.

Pero la falta de condescendencia en el paciente puede ser del 30 al 60% en ciertos casos, ésta es mayor, sobre todo en pacientes con enfermedades dolorosas o mortales. (4)

Existen dos factores relacionados para ser factible ésta tercera suposición, los cuales fueron expresados por los pacientes

- a) Las creencias de los pacientes de qué es malo para ellos y la correspondencia entre sus creencias y los regímenes de prescripción médica.
- b) Explicación del médico acerca de que no debe hacer y que sí es paralelo con las indicaciones sinceras hacia los pacientes.

Estas conductas sugeridas incrementan la confianza a los avisos médicos en la interacción entre el médico y paciente, especialmente cuando la interacción se enfoca en las creencias e interés del paciente y cuando las explicaciones dadas por el médico alimentan ésta condición y cortan el sentido de la enfermedad y qué hacer acerca de lo que ha creado entre ambos. Puede hacer susceptible a cada uno de la influencia del otro.

Hunt sugiere tres formas para establecer una relación recíproca (4):

- a) Saber qué preguntar al paciente
- b) Saber cómo buscar las perspectivas del paciente
- c) Saber qué hacer con la información obtenida del paciente.

Huffard propuso que si las ideas del paciente y creencias no son totalmente desacordes con el punto de vista del médico, el paciente enlistará dentro del proceso de tratamiento y su conducta estará en función de las discusiones entre ambos.

Si las creencias del paciente difieren del médico, el médico debe promover estas preguntas:

a) ¿Las creencias de los pacientes implican riesgos de salud?

b) ¿Qué es lo que el paciente está encomendándole?

Cuando el paciente emplea una conducta enfermiza, alguna acomodación o negociación debe tomar su lugar.

**NEGOCIACION:** Proceso mediante el cual aquellos quienes desean lograr un acuerdo. El objeto de las negociaciones entre el médico y el paciente no es persuadir al paciente como participante en la provisión de cuidado trabajando en problemas y creencias de el paciente que son importantes en las formas que son significativas para él.

Lo exitoso de toda negociación es el compromiso que se establece.

## COMUNICACION EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

La comunicación de información es observada extensamente como la más común y simple forma de interacción durante la visita médica rutinaria.

Ha sido estimado un 19 a 35% de tiempo consumido inicialmente en el cuidado directo del paciente para educación sanitaria y consejería, Debra 1983 (5).

Estudiando 2,300 médicos representados por varias especialidades reportó que la educación del paciente fue la 3ra función más importante del médico después de establecer el diagnóstico y tratamiento.

La comunicación de información no es menos importante para los pacientes. Está bien documentado que el alto valor de la información y la pobre comunicación al pacientes es la causa más común de insatisfacción por parte del paciente hacia la atención médica.

Estudios empíricos encuentran una subestimación por parte de el médico hacia el interés del paciente en el recibimiento de información y abandono de la rutina del paciente para comunicar sus deseos de incrementar la información.

Pratt en sus estudios detectó que el conocimiento del paciente de información médica elemental fue del 55%, comparado con el nivel médico pensado importante para no ser manejado por el paciente; 82% mostrando esto la subestimación del médico hacia los conocimientos médicos del paciente. (5)

Pratt también encontró que los médicos que subestiman seriamente los conocimientos del paciente tienden a tener más limitadas discusiones con el paciente acerca de sus problemas de salud.

Este autor minimiza la habilidad del paciente para tomar la iniciativa en el diálogo de la relación médico-paciente.

La llave de este análisis es asumir que los pacientes -- son dependientes del médico para una orientación inicial y presentación de información como base de su interacción con el médico. El médico es el responsable de controlar el nivel de comunicación.

Hay una amplia evidencia que muchos pacientes tienen preguntas que hacer al médico pero no las externan. Ellos están renunciando a incomodar al médico de tomar su valioso tiempo, mostrando su ignorancia, o pasar a ser una carga.

Pratt y Svartad postularon que el médico es el principal responsable para abreviar o acortar la comunicación, además de enviar reforzamientos e influir en el paciente.

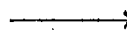
Existen cambios evidentes con la variedad de programas de salud que han animado una declinación en el médico-centrismo y -- una mayor aceptación por el rol-activo del paciente.

Anteriormente el médico jugaba un papel paternalista y el paciente un rol pasivo.

Un nuevo ciclo de comunicación pudiera ser vislumbrado, iniciándose con estos cambios las expectativas de conducta. (5)

percepciones del paciente sobre el rol del paciente, que incluye la participación apropiada.

percepción médica sobre el rol médico que incluye la educación del -- paciente



Preguntas que pregunta el paciente, iniciación de la discusión, ofrecimiento de opinión e información y antecedentes relevantes.

ofrecimiento médico de información libre, respondiendo al paciente. Intenta la la participación -- mediante la invitación y anima la preguntas, opiniones del paciente, así -- como los conceptos del -- paciente para discutirlos.



Establecimiento de 2 caminos los procesos de interacción.



## DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Waitzkin y Stoeckle reportaron resultados de un estudio - piloto indicando que un promedio menor de un minuto, en un rango de 2 a 85 segundos fué el tiempo utilizado para la discusión de la enfermedad del paciente en la visita al médico rutinaria. (2)

Seguindo estas visitas, el médico estimaba un tiempo de 10 a 15 minutos por paciente para la transmisión de información.

Se detectó que el 10% de la información transmitida era - técnica.

Svarstad encontró que el 37% de los pacientes fueron infor mados adecuadamente sobre su enfermedad.

Hulkas realizó un estudio en diabéticos encontrando que el 34% no tenían conocimiento de la cinta urinaria, 48% del uso de bra zalete de identificación, 26% no conocían el tipo de insulina que - requerían en su tratamiento y el 9% no conocían el tratamiento o - ral que llevaban. (2)

El problema de comunicación en la relación médico-paciente no solamente se enfoca a lo anterior, sino que existe también el -- problema del olvido por parte del paciente de información para -- transmitir al médico.

Phillip y Ley condujeron estudios sobre la capacidad de me moria de los pacientes para transmitir al médico. Se estimó que a - proximadamente el 50% de ésta información es recordada por el pa - ciente.

Joyce encontró que los pacientes pudieron recordar el 48% - de lo que ellos habían hablado con el médico durante la visita in - mediatamente después de ésta; el 46% de la información 4 semanas -- después de la visita.

Ley en forma similar reportó una pequeña diferencia de la - habilidad para recordar lo relativo a la entrevista en tiempos de - 10 a 80 minutos después de ésta.

Los factores relacionados con la habilidad del paciente pa ra recordar la información que se le transmitió fué la edad y el - nivel intelectual. El estado emocional del paciente también influye.

Ley y Spelman han reportado una relación curvilínea entre el recuerdo y la ansiedad en el paciente.

Joyce encontró que el paciente con un pronóstico positivo parecen recordar más de lo que ellos comunicaron y presentan más positiva orientación de la situación médica que los pacientes, con mal pronóstico. Los pacientes viejos tienden más frecuentemente a tener actitudes negativas y menor capacidad para recordar información.

Los pacientes según Svarstad que se encuentran desconformes en la relación médico-paciente tienden a recordar menor información que los que están conformes con la relación.

Berstakis condujo estudios de investigación para mejorar la capacidad del paciente para recordar información transmitida mediante constantes preguntas al paciente durante la visita médica, repetición de información en forma verbal importante para el paciente y externación de información no comprendida por el paciente.

Se obtuvo una retención de información en un 83.5% comparado con el 61% del grupo control.

Bradshaw encontró que los pacientes tienen mayor facilidad de recordar 3 o 4 veces más frecuente, información específica que la general.

Tomando en cuenta todos estos estudios se puede llegar a la conclusión de que para mejorar el recordatorio de información por el paciente en la visita médica puede utilizarse las siguientes tácticas:

- a) Sumarización de retroalimentación
- b) Categorización explícita de información
- c) Repetición de información
- d) Instrucciones más específicas que generales.



## LA PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES

Dentro de la relación Médico-Paciente, el médico en la consulta puede ayudar a su paciente facilitándose el proceso mediante la identificación individual de características emocionales, defensiva, cognositiva, de acuerdo a 6 estilos de personalidad:

- a) Obsesivo
- b) Histérico
- c) Impulsivo
- d) Paranoide
- e) Depresivo
- f) Infantil

Estos no son entidades diagnósticas de psicopatología, sino solo de conducta hacia donde el individuo se inclina más. (9)

**ESTILO DE PERSONALIDAD:** Los estilos de personalidad pueden ser el resultado de una exageración de uno o más patrones normales de defensa que se vienen a entremezclar y con respuestas estereotipadas en procesos internos y externos que causan experiencias individuales desagradables, usualmente ansiedad. (9)

Estos patrones pueden ser considerados patológicos cuando están determinados en respuesta de estímulos resultado de conductas de mala adaptación biológica o social ajustado individualmente

Pero cuando los estilos son utilizados inadecuadamente y en innumerables ocasiones con una falta severa de adaptación el individuo opta por una desarmonía en su vida con intranquilidad y su interacción con el medio ambiente.

Al mismo tiempo es pertinente reconocer que estos estilos sirven de protección a la vez para estados de menor adaptación y principalmente de desintegración del ego.

### DEFENSIVO

Intentos individuales para aliviar o modificar la experiencia de ansiedad o depresión que ocurre en respuesta del consciente externo y el inconsciente interno, procesos llamados defensas.

Este estilo de personalidad guarda rasgos que lo caracterizan y de los más importantes son:

a) *Negociación, supresión y represión de todo lo referente a proceso utilizados en forma individual en el intento de eliminar de la conciencia sus sentimientos.*

1) *Declaraciones llanas o contradicciones*

2) *Actuar como si no haya consecuencias del evento, despreciar un reconocimiento verbal de éste.*

*Supresión es un esfuerzo más o menos conciente para alejar del pensamiento incidentes que causan experiencias de desagrado.*

b) *Intelectualización y Racionalización: referente a especificar maniobras con las que el individuo utiliza en orden para evitar experiencias intensas sobre el afecto asociado con eventos actuales desagradables. Es como una autosugestión, en donde al individuo se dá así mismo diversas explicaciones de un evento hasta quedar convencido.*

c) *Desagrado y Proyección de identidad: significa que el individuo intenta quitar por sí mismo de él el afecto asociado con un conflicto o el actual conflicto mediante atribución a otro suceso o identificarlo como actual responsable.*

d) *Inversión para afectos: ocurre cuando el individuo intenta negar la experiencia afectiva real en relación a un conflicto y demostrar o aparentar que él siente una emoción contraria.*

e) *Introyección: es considerada cuando el individuo comienza a representar o ser el actual conflicto o situación que ha causado desagrado; haciéndolo para atraer afecto, pero perdiendo su propia función autónoma del ego.*

f) *Sublimación: representa el más sofisticado proceso mediante energías del lívido asociadas con frecuencia al sexo y agresivos conflictos o eventos que son dirigidos o canalizados hacia actividades y conceptos que son adaptables para la seguridad del individuo.*

g) Mecanismos obsesivo-compulsivos: son todos los cuales el organismo intenta negar o reprimir; conflictos y emociones angustiantes, que obsesionan al individuo, salen fuera de él como símbolos sobre el conflicto.

h) Regresión: mecanismo de defensa muy primitivo, en donde el individuo trata de retirar el conflicto de la vida consciente, ya sea mediante la canalización de conflictos a enfermedades o distorsión de la realidad, lo más permanentemente posible.

### OBSESIVO COMPULSIVO

El individuo con una personalidad obsesivo-compulsivo es frecuentemente muy trabajador, consciente, industrioso y perfeccionista

Sus hábitos son marcados mediante lineamientos y estereotipos y su trabajo con rigidez e inflexibilidad. En todo lo que hace hay un sentido de urgencia, al mismo tiempo su perfeccionismo puede conducirlo a la repetición exacta de las cosas.

El individuo cuando se enfrenta a problemas centrales de su propia vida está plagado de dudas, reservaciones y deliberaciones que entran a indecisiones, actos fallidos, frustraciones y finalmente ansiedad o depresión con la conciencia de su inadecuancia.

La falta de sentido de seguridad es dondequiera aparente.

### PARANOIDE

El individuo paranoide está bien caracterizado por la simple palabra "suspica", Este sujeto está en todo momento viendo por encima la ocultación de insultos, se siente potencialmente amenazado.

El siempre está alerta y en guardia en contra de toda manera de ataque por todos lados y a todo tiempo. El individuo paranoide ejerce un intenso control interno.

La rigidez y la intencionalidad caracterizan su comportamiento exterior, él casi siempre está calculando y frecuentemente está fingiendo o imitando. Su apariencia externa es de furtivo, constricto, suspica, aprensivo o agresivo, irritable, arrogante, megalomaniaco.

## HISTERICO:

El mecanismo básico de la personalidad histérica en el individuo es la represión de conflictos resultantes de emociones que casi siempre están fuera del contexto y proporción para el medio ambiente o estímulo social.

El histérico vive su vida mediante reacciones a estímulos -- con afecto, proyección teatral, seductivo y presentaciones exhibicionistas de él mismo. Su actitud está caracterizada por su labilidad y ser muy efímera. Existe incapacidad para actividad intelectual intensa, á persistente y una exagerada tendencia a la distracción, vaguedad y sugestibilidad. Así también son incapaces de describir detalladamente hechos o cosas.

## IMPULSIVO:

Es aquel en el cual hay un deterioro de los sentimientos normales de reflexión e intensidad. Individuos con este impedimento padecen actos impulsivos y caprichosos. Las acciones no son planeadas son instantáneas, abruptas y discontinuas. Estas personas tienen una baja tolerancia a la frustración o tensión.

Puede ser hipotizado que éstos individuos carecen de una -- percepción discriminativa del rango de emociones y cuando sienten un vago desconfort, externan una conducta que parece antisocial.

Estos sujetos parecen tener un deterioro en el superego consciente.

## DEPRESIVO

Está caracterizado por reacciones a eventos internos o externos pequeños con ansiedad que con depresión e inferioridad con una respuesta activa como un retiro. Este es un estilo marcado con pasividad, facilidad para la vulnerabilidad y la manipulación del medio ambiente sobre él. Aunque tiene características del histérico y del impulsivo éste es menos ritualizado, menos estructurado con muchas formas primitivas.

Estos individuos son dependientes de suministros externos - provenientes de otros sujetos, están casi siempre con el temor de que se les pueden ser negados. Su comportamiento está marcado por una agresión pasiva. Son individuos que pueden recurrir a las drogas y el alcohol para reprimir sus sentimientos de vacío o soledad.

Experimentan sentimientos de abandono o desamparo frecuente mente. Son vulnerables para sus propios actos destructivos.

## INFANTIL

La personalidad infantil descrita por Ruesch es mencionada - aquí porque contiene características que han sido mencionadas en los 5 estilos de personalidad anteriores, Este estilo es más amorfo y es el resultado de menor rigidez formalidad de patrones concientes en un comportamiento conciente.

Esta personalidad está caracterizada por:

- a) Defecto en el aprendizaje social
- b) Deterioro continuo de sus canales de expresión, con acciones físicas o expresiones orgánicas
- c) Persistencia de patrones infantiles de pensamiento e idea ción
- d) Dependencia y pasividad
- e) Ideales sobreextendidos
- g) Ausencia de habilidad para integrar experiencias
- h) Conciencia rígida y punitiva

El manejo de éste tipo de pacientes puede basarse en las siguientes premisas:

- 1) Reeduación con firmeza benevolente
- 2) Instrucción al paciente como para manipular y contenido - explícito de su queja
- 3) Reducción de largos comentarios verbales a sencillas pala bras concernientes al problema

- 4) Externalización de sentimientos y emociones como objetivización en su propio derecho, como vía de expresión orgánica de queja
- 5) Aceptación del paciente por él mismo como ente psicológico y biológico distinto a otros
- 6) El modelo del médico como una persona consistente, aceptable, disponible y una persona expresiva por sí misma

## MODELOS DE RELACION MEDICO-PACIENTE

Robert Veitch propuso en 1983 4 modelos posibles para el establecimiento de la relación médico-paciente, donde enfatiza la presencia de los valores que cada participante trae consigo, además de la asignación de toma de decisiones. La moral reflejada en los valores personales, es la pieza fundamental de este tipo de relación.

1.- Modelo Ingenieril: Es aquel en donde el médico se ve a sí mismo como "puro", aparte de toda consideración de valores. Donde el científico trabaja con hechos, con todo lo que la ciencia le ofrece para solucionar problemas de salud.

..... cuando la lógica médica puede eliminar todo lo ético y otros valores considerados para la toma de decisiones pueden ser morales para él, hacerlo. Pudiendo hacer de él un ingeniero, un plomero que hace solo reparaciones (8)

2.- Modelo Sacerdotal: Es un tipo de modelo paternalista, donde el médico se encarga de tomar las decisiones por el paciente. Este es el extremo oponente del modelo ingenieril, por el hecho de que el modelo sacerdotal toma decisiones en base a los valores que trae consigo como verdaderos y el otro no toma en cuenta los valores en la toma de decisiones por el paciente.

3.- Modelo Colegial: Este modelo se caracteriza porque tanto el médico como el paciente se ven a sí mismos como colegas, persiguiendo una meta común, la salud del paciente.

4.- Modelo Contractual: Como su nombre lo dice, es la relación en la cual el médico y el paciente hablan de sus valores, respetándolos para finalmente establecer entre ambos un contrato de ho -

nor. Este modelo es más seguro que el colegial.

*Comentario:* La invención de modelos puede continuar, no solamente en forma absurda e infinita. De tal manera que lo importante de estos modelos es su aplicabilidad y el sentido que pueden tomar dentro de la relación médico-paciente, esto es, el significado que entrañan y los beneficios que en un momento dado pueden otorgar en esta relación.

Tanto el modelo ingenieril como el sacerdotal hacen una privación al paciente para la toma de decisiones. El punto moral, estriba en que el paciente no debe ser privado de este derecho, ya que él es el afectado.

El modelo ingenieril, piensa que no hay valores y el sacerdotal piensa que es un experto en ellos. El modelo colegial piensa que conoce los valores de su paciente. Mientras que el modelo contractual manifiesta los valores de ambos participantes, con un respeto mutuo.

Así pues, cada relación médico-paciente requerirá de un modelo diferente, que facilite su desarrollo y que se apegue a las necesidades de ambos participantes. A continuación proponemos otros modelos que nos parecieron necesarios, para demostrar la variedad de éstos.

*Modelo Chofer de autobús:* Es aquél en donde el paciente concorre a donde el médico lo quiere llevar y se deja guiar pasivamente -- por él.

*Modelo de Máquina de pin-ball:* Aquí el paciente se ve seriamente limitado en sus exposiciones y participación activa el médico lo lleva de un punto a otro en forma rápida para finalmente terminar en un punto final deseado.

*Modelo del conductor que se sienta atrás:*

aquí el médico se deja -----



llevar o quitar por el paciente en algunas circunstancias donde el paciente tiene más dominio de terreno.

**Modelo del Plomero:** Este es denominado como uno de los modelos ideales, ya que tanto el médico como el paciente discuten sobre la enfermedad, las consecuencias, los beneficios a cambio y las perspectivas que el paciente puede tener. Es similar a la discusión que se establece entre un plomero y el cliente en donde se ven todas las posibilidades de un negocio o trabajo. ( 8 )

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL.-

*Dar a conocer todos los factores adversos al establecimiento de una buena relación Médico-Paciente en la consulta externa de Medicina Familiar en las clínicas del IMSS, HGZ11 No 1 y las UMF 4, 5, 10, 16 y 26 de la ciudad de Mexicali y su Valle.*

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

*a) Conocer la calidad de la relación Médico-Paciente en la consulta externa de Medicina Familiar en las clínicas del IMSS -- HGZ11 No 1 y las UMF 4, 5, 10, 16 y 26 de la ciudad de Mexicali y su Valle.*

*b) Conocer los factores que influyen en una mala relación-Médico-Paciente en la consulta externa de Medicina Familiar de -- las clínicas del IMSS, HGZ11 No1 y las UMF 4, 5, 10, 16 y 26 de la -- ciudad de Mexicali y su Valle.*

*c) Comparar la relación Médico-Paciente de la consulta externa de Medicina Familiar entre los médicos egresados de una Residencia de Medicina Familiar y los no egresados en las clínicas-- del IMSS, HGZ11 No 1 y las UMF 4, 5, 10, 16 y 26 de la ciudad de Mexicali y su Valle.*

# H I P O T E S I S

- Ho.- *La relación Médico-Paciente en la consulta externa de Medicina Familiar de las clínicas del IMSS HGZ11 No 1 y las UMF 4,5,10,16 y 26 es buena.*
- H1.- *La relación Médico-Paciente en la consulta externa de Medicina Familiar de las clínicas del IMSS HGZ11 No 1 y las UMF 4,5,10,16 y 26 es mala.*
- Ho.- *No existe diferencia en la calidad de la relación Médico-Paciente entre los médicos egresados de una Residencia de Medicina Familiar y los no egresados en la consulta externa de Medicina Familiar de las clínicas del IMSS HGZ11 No1 y las UMF 4,5,10,16 y 26.*
- H1.- *Sí existe diferencia en la calidad de la relación Médico-Paciente entre los médicos egresados de una Residencia de Medicina Familiar y los no egresados en la consulta externa de Medicina Familiar de las clínicas del IMSS HGZ11 No1 y las UMF 4,5,10,16 y 26.*
- Ho.- *No existen factores médicos, institucionales y del paciente que influyan en una mala relación Médico-Paciente en la consulta externa de Medicina Familiar de las clínicas del IMSS HGZ11 No1 y las UMF, 4,5,10,16 y 26*
- H1.- *Sí existen factores médicos, institucionales y del paciente que influyan en una mala relación Médico-Paciente en la consulta externa de Medicina Familiar de las clínicas del IMSS HGZ11 No1 y las UMF, 4,5,10,16 y 26*

# MATERIAL Y METODO

## MATERIAL.

### 1.- Recursos Humanos:

- Población de paciente que acuden a la consulta externa de medicina familiar de las clínicas del IMSS de Mexicali y su valle.
- Población de médicos familiares con y sin Residencia de medicina familiar que laboran en las clínicas del IMSS de Mexicali y su valle
- Médicos residentes de Medicina Familiar del 1ro y 2do año de la clínica HGZ11 No1
- Estadista del HGZ11 No1
- Médico especialista en Medicina Familiar, jefe Delegacional de Enseñanza e Investigación del HGZ11 No1

### 2.- Recursos Materiales:

- Juego de dos cuestionarios, uno para el médico y otro para el paciente.
- Medio de transporte
- Material de escritorio

## METODO.

Se estudió la relación Médico-Paciente que se establece a nivel de la consulta externa de Medicina Familiar en las clínicas del IMSS de la ciudad de Mexicali y su Valle de la siguiente manera:

Se realizó un estudio prospectivo, comparativo tomando un grupo de pacientes y otro de médicos de las clínicas del IMSS las cuales se dividieron en tres zonas según su localización: urbana el --

HGZ11 No1; zona suburbana UMF 16 y 26; zona rural UMF 4, 5 y 10. Se conformó un grupo de médicos y de pacientes, los cuales fueron un total de 50 médicos, 25 egresados de la Residencia de Medicina Familiar y 25 no egresados; con un total de 1000 pacientes.

Tanto los médicos como los pacientes fueron escogidos al azar.

La investigación se inició en el mes de febrero de 1984 y se concluyó en enero de 1985.

El instrumento de evaluación estuvo conformado por dos cuestionarios uno para el médico y otro para el paciente. Existió previamente una encuesta piloto para la estandarización de ambos.

Este juego de cuestionarios posee la característica de ser más cualitativo que cuantitativo, ya que las respuestas en su mayoría son de tipo subjetivo.

Fueron sujetos de exclusión aquellos pacientes que acudían por primera vez a consulta; los menores de 18 años.

De ésta manera se tomó una muestra representativa aleatoria simple probabilística estratificada escogiendo un porcentaje de cada zona geográfica.

Los cuestionarios para pacientes fueron aplicados en la sala de espera de las clínicas después de salir de consulta, en forma personal por médicos residentes de medicina familiar.

El cuestionario para médicos fue aplicado personalmente por el investigador, en las áreas de trabajo de los médicos o en sus domicilios particulares.

De los cuestionarios aplicados se procedió a sacar una calificación para el factor médico, institucional y del paciente.

La calificación se obtuvo mediante la utilización de una tabla de evaluación por puntos. Esta tabla que elaborada por las preguntas escogidas, que fluctuaron según la importancia que tenían.

La suma total de puntos de cada tabla era de 100, mismos que como ya se mencionó fueron repartidos en las diferentes respuestas otorgadas a cada pregunta. La calificación se obtenía de la multiplicación .....

cación del porcentaje obtenido por respuesta por la puntuación otorgada en forma subjetiva para esa respuesta.

Al total de calificaciones obtenidas por cada médico, factor - institución y factor paciente se procesó su media aritmética, desviación estandar y su varianza, para finalmente comprobar mediante pruebas de significancia estadística, la cual fué en nuestro caso  $t$  de - student.

La primera hipótesis alterna, la cual propone que la relación Médico-Paciente en las clínicas del IMSS es buena, pudo ser comprobada al encontrarse una calificación promedio de 87.8 y 86.5 para los médicos egresados y no egresados respectivamente.  $t = 1.71$

Según la tabla aplicada a las respuestas otorgadas por los individuos encuestadas. Se procedió a aplicar una prueba estadística,  $t$  de student cuyos resultados caen dentro del área de aceptación.

La segunda hipótesis alterna, que postula que existen factores médicos, institucionales y del paciente que influyen en la relación Médico-Paciente se pudo corroborar de la misma manera con las calificaciones otorgadas a cada factor:

Factor paciente = 35.8

Factor institución = 50.5

Factor médico:

egresado = 87.8

no egresado = 86.52

En donde claramente se observa la participación que cada uno tiene dentro de la relación medico-paciente.

La tercera hipótesis alterna, la cual propone la superioridad que tiene el médico de medicina familiar con su especialidad con relación al que no tiene queda anulada con la correspondiente aceptación de la hipótesis de nulidad.  $t = 1.6$

Va se mostraron las calificaciones obtenidas que arrojan una calificación promedio para cada grupo, las cuales son muy similares.

Tratando de encontrar alguna diferencia se realizaron nueve -

combinaciones resultado de la división por áreas y por poseer especialidad en medicina familiar o no.

A cada combinación se le sacó media aritmética, varianza y desviación estandar para finalmente aplicar la prueba t de student donde los resultados cayeron dentro del área de aceptación, por ende corroborando la similitud en cuanto a perspectivas de igualdad de condición para una buena relación médico-paciente.

Evaluación por calificación en puntos:

100 a 95 puntos	.....	exelente
94 a 65 puntos	.....	bueno
64 a 0 puntos	.....	malo

## CUESTIONARIO PARA MEDICOS

Edad \_\_\_\_ años      Sexo \_\_\_\_      Tiempo de titulado \_\_\_\_

Tiempo de trabajar en el IMSS \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna especialidad? sí \_\_\_\_      nó \_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

- 1) ¿Trata al paciente por su nombre? sí \_\_\_\_      nó \_\_\_\_
- 2) ¿Reconoce generalmente a sus pacientes? sí \_\_\_\_      nó \_\_\_\_
- 3) ¿Entabla fácil conversación con su paciente? sí \_\_\_\_      nó \_\_\_\_
- 4) ¿Qué nota que más demanda su paciente?  
que se le escuche \_\_\_\_      consulta rápida \_\_\_\_      incapacidad \_\_\_\_  
que le hagan exámenes variados \_\_\_\_      que lo cure \_\_\_\_
- 5) ¿Considera que la solicitud de consulta la amerita el paciente?  
siempre \_\_\_\_      a veces \_\_\_\_      casi nunca \_\_\_\_
- 6) ¿Se familiariza con sus pacientes?  
con todos \_\_\_\_      con algunos \_\_\_\_      con ninguno \_\_\_\_
- 7) ¿Sus paciente por lo general son?  
amables \_\_\_\_      agresivos \_\_\_\_      respetuosos \_\_\_\_
- 8) ¿Su consulta fluye rapidamente?  
siempre \_\_\_\_      a veces \_\_\_\_      nunca \_\_\_\_
- 9) ¿Su consulta es?  
pesada \_\_\_\_      ágil \_\_\_\_      difícil \_\_\_\_      agradable \_\_\_\_
- 10) ¿El involucrarse con sus pacientes es?  
bueno \_\_\_\_      malo \_\_\_\_      no importante \_\_\_\_      no permitido \_\_\_\_
- 11) ¿Cuenta con los recursos necesarios para un buen servicio médico?



sí \_\_\_      nó \_\_\_      aveces \_\_\_

12) ¿ Le es suficiente el tiempo para ver adecuadamente a sus pacientes?

sí \_\_\_      nó \_\_\_      aveces \_\_\_

13) ¿Cuál es el principal obstáculo que encuentra para una buena atención de sus paciente en la consulta diaria?

R \_\_\_\_\_

14) ¿ Siente que sus pacientes tienen confianza en ud?

sí \_\_\_      nó \_\_\_      aveces \_\_\_

15) ¿ Generalmente a que horas inicia y termina su consulta?

inicio \_\_\_ hrs      termina \_\_\_ hrs

16) ¿Tiene incentivos para trabajar agusto?    sí \_\_\_      nó \_\_\_

¿ Cuáles? \_\_\_\_\_

17) ¿ La asistente de consultorio es?

amable \_\_\_    competente \_\_\_    agresiva \_\_\_    incompetente \_\_\_  
problemática \_\_\_    indiferente \_\_\_

18) ¿Cuál es el estado de ánimo más frecuente durante la consulta?

serio y amable \_\_\_    agresivo \_\_\_    cansado \_\_\_    bromista \_\_\_  
aburrido \_\_\_    dominante \_\_\_

19) ¿ Qué opina de cómo es valorado el médico familiar por el IMSS?

R \_\_\_\_\_

20) ¿ Le gustaría trabajar en otra institución?    sí \_\_\_      nó \_\_\_

21) ¿ Le agrada la forma que tiene usted que dar la consulta en el IMSS?

sí \_\_\_      nó \_\_\_      aveces \_\_\_

22) ¿ Qué opina de la relación médico-paciente en el IMSS?

buen a \_\_\_\_\_ mala \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_

23) ¿ Siente afecto por sus pacientes?

por todos \_\_\_\_\_ por algunos \_\_\_\_\_ por ninguno \_\_\_\_\_

24) ¿ Cuál horario que más le agrada es?

continuo \_\_\_\_\_ discontinuo \_\_\_\_\_

25) ¿ Considera que su consultorio está bien equipado?

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO PARA PACIENTES

Sexo: fem \_\_\_\_\_ masc \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Estado Civil: soltero \_\_\_ casado \_\_\_ viudo \_\_\_ U. libre \_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

1) ¿Su médico es especialista en Medicina Familiar? sí \_\_\_ no \_\_\_

2) ¿Conoce el nombre de su médico? sí \_\_\_ no \_\_\_

3) ¿Cómo es el trato personal que le da su médico?

bueno \_\_\_ malo \_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

4) ¿Durante la consulta su médico le habla de frente?

sí \_\_\_ no \_\_\_ a veces \_\_\_

5) ¿Le explica su médico de qué está enfermo y como tomar sus me  
dicinas?

sí \_\_\_ no \_\_\_ a veces \_\_\_

6) ¿Utiliza su médico palabras raras que ud. no entiende?

sí \_\_\_ no \_\_\_ a veces \_\_\_

7) ¿Cómo es su médico con ud. la mayoría de las veces?

atento y respetuoso \_\_\_ distraído \_\_\_ enojón \_\_\_

grosero \_\_\_ alegre \_\_\_ serio \_\_\_

8) ¿Cómo lo recibe su médico?

bién \_\_\_ mal \_\_\_ indiferente \_\_\_ cansado \_\_\_

9) ¿ Le tiene confianza a su médico?

sí \_\_\_\_\_      no \_\_\_\_\_      a veces \_\_\_\_\_

10) ¿ Piensa ud. que le dedica el tiempo suficiente?

sí \_\_\_\_\_      no \_\_\_\_\_      a veces \_\_\_\_\_

11) ¿ Siempre le dedica el mismo tiempo pra consultarlo?

sí \_\_\_\_\_      no \_\_\_\_\_

12) ¿ Qué es lo más importante para ud.?

\_\_\_\_\_ que le den consulta rápido

\_\_\_\_\_ que el médico la escuche y hable con ud. de su enfermedad

\_\_\_\_\_ que le den medicinas y le hagan muchos estudios

13) ¿ Quién inicia la plática cuando ud. entra a consulta?

usted \_\_\_\_\_      médico \_\_\_\_\_      asistente \_\_\_\_\_

14) ¿ El médico lo saluda cuando ud. entra a consulta?

sí \_\_\_\_\_      no \_\_\_\_\_      a veces \_\_\_\_\_

15) ¿Cuál fué el motivo de consulta?

Incapacidad \_\_\_\_\_ enfermedad \_\_\_\_\_ dotación láctea \_\_\_\_\_

control de embarazo \_\_\_\_\_

16) ¿ Acude a consulta?      poco \_\_\_\_\_      mucho \_\_\_\_\_

17) ¿ Llega con facilidad a su clínica?      sí \_\_\_\_\_      no \_\_\_\_\_

18) ¿ Recibe servicio médico al solicitarlo?

sí \_\_\_\_\_      no \_\_\_\_\_      a veces \_\_\_\_\_

19) ¿ Cree que la consulta que atiende su médico es?

abundantes \_\_\_\_\_      normal \_\_\_\_\_      poca \_\_\_\_\_

20) ¿El tiempo de espera para recibir consulta es?

corto \_\_\_\_\_ razonable \_\_\_\_\_ prolongado \_\_\_\_\_

21) ¿Las horas de consulta son fáciles para que ud. acuda?

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

22) ¿Cuando acude a consulta le atiende el mismo médico?

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ aveces \_\_\_\_\_

23) ¿Cree que el cambio de médico afecte en algo la consulta?

sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ aveces \_\_\_\_\_

## RESULTADOS

**POBLACION DE PACIENTES.**- Los pacientes encuestados se encontraban en un 19% en los grupos de edad de 20 a 24 y 25 a 29 años - siguiéndole los grupos de 30 a 34 años con un 13% y de 35 a 39 años en un 10%.

El sexo femenino predominó sobre el masculino en un poco -- más del 80%. De esta población se encontró que el 74% se encontraban casados mientras que el 14% eran solteros y el 6% vivían en unión libre.

El grado de escolaridad predominante fué la primaria con un 45%, siendo el índice de analfabetismo del 9%.

**POBLACION MEDICA.**- Los médicos asociados por grupos de edad predominaron en el rango de 30 a 34 años así como de 35 a 39 años - con un 30 y 15% respectivamente.

El tiempo que tenían de egresados de la carrera de Medicina oscilaba de 5 a 9 años en un 52% y de 10 a 14 años en un 40% para los médicos egresados de una residencia de Medicina Familiar . . .

Para los médicos no egresados de Medicina Familiar el 28% - tenían de 5 a 9 años de ser titulados y un 20% los que tenían de 10 a 14 años y 20 a 24 años simultáneamente.

El tiempo laborado dentro de la institución denominado antigüedad fué de 5 a 9 años en el 38% para los médicos egresados y el 12% para los no egresados. Se encontró un 2% de médicos no egresados con una antigüedad de 35 a 39 años dentro de la institución.

El 10% de los médicos egresados trabajan fuera de la institución a la vez, siendo el 14% para los no egresados.

**FACTOR PACIENTE.**- El paciente le tiene confianza a su médico familiar no egresado con un 75% y para el egresado en un 81%. Lo más importante para el paciente que acude a consulta es que se le escuche, 82%. Según el médico la consulta la amerita el paciente a veces en un 80%, siempre en un 18% y nunca en un 2%

El médico refiere al paciente como amable y respetuoso en un 42% y 54% respectivamente. El paciente siente que el médico le dedica el tiempo suficiente para consultarlo en un 83 y 77% para el médico no egresado y el egresado respectivamente.

Lo que más demanda en consulta el paciente es ser escuchado en un 50% y una consulta rápida en un 38%.

El paciente refiere que la utilización de servicios médicos es poca, 70%

**FACTOR MEDICO.** - El médico reconoce a sus paciente en un 98%. El médico refiere que su paciente demanda más, ser escuchado en el 50%. La familiarización con los pacientes se presenta en un 74%.

El 86% de los médicos opinan que el involucrarse con sus pacientes es bueno, el 61% opina que siente afecto por todos sus pacientes. El médico entabla fácil conversación con su paciente en un 96%; considera que su consulta fluye rápido en un 50% a veces y siempre en un 46%.

El médico siente que sus pacientes tienen confianza en él en un 75% y un 81% para el no egresado y el egresado respectivamente.

En cuanto a los incentivos para trabajar en la institución, el egresado refiere un 14% por parte de la institución y un 36% refiere incentivos propios o personales. El no egresado tiene un 16% de incentivos institucionales y un 34% personales.

El 86% de los médicos refiere no llamarle la atención el trabajar en otra institución.

El estado de ánimo que más frecuentemente experimentan durante la consulta es en un 50% ser amable y serio, con un 0% en el sentimiento de agresividad.

**FACTOR INSTITUCION.** - El paciente siempre recibe servicios médicos en un 76% y nunca en un 0%. Considera que el tiempo de espera para ser consultado es prolongado en un 52% y corto en un 8%

El cambio de médico lo considera como nocivo para la relación Médico-Paciente en un 72% para egresados y un 68% para no egresados. La atención más constante por el mismo médico es de 39% para el no egresado y del 48% para el egresado.

El tiempo para dar la consulta es catalogado como suficiente en un 58% e insuficiente para el 12%.

El 93% de los médicos inicia sus labores 10 a 15 minutos -- después de la hora fijada, terminándola 15 a 30 minutos antes en -- promedio de la hora de salida en un 87%

El médico refiere que su consultorio no está equipado adecuadamente en un 92%. La asistente de consultorio es considerada -- por el médico como amable en un 90%

El médico refiere que cuenta con los recursos necesarios para dar buen servicio a veces en un 18% y nunca en un 52%

El paciente tiene acceso con facilidad a su clínica en un 81% para los egresados y en un 65% para los no egresados

El horario para acudir a consulta se le facilita al paciente en un 92 y 89% para el médico egresado y no egresado respectivamente.

**MEDICOS NO EGRESADOS.**- Este grupo de médicos refirió que -- los principales obstáculos para una buena relación Médico-Paciente eran en primer lugar, el exceso de demanda de servicio y el poco -- tiempo en un 52%; por otro lado la falta de recursos en un 20% y en un 12% la falta de cooperación por parte de la asistente, burocratismo en un 8%

Se sienten valorados por la institución como fuerza de trabajo únicamente en el 56% y como médicos de 1er nivel, en un 24%

Consideran que los factores para una buena calidad en la relación Médico-Paciente sería la poca inconformidad por parte del -- paciente a los servicios en un 16%, además de la inspiración de confianza, respeto y contacto directo con él en un 12%

Los factores adversos para una buena relación serían la falta de ubicación del paciente en su rol en un 20%, y en un 12% el -- volumen excesivo de consulta, además de pacientes con patología no importante e inexistente.



MEDICO EGRESADO.- Los principales obstáculos para otorgar buen servicio médico se basan en la gran demanda de consulta y el poco tiempo que se tiene, la falta de recursos en un 28% y no haber obstáculos en un 24%.

Se sienten valorados por la institución como fuerza de -- trabajo 56%, y como base de la atención de 1er nivel en un 44%.

Los factores para la mala calidad en la relación Médico - Paciente son en primer término la falta de orientación y disciplina para el uso de los servicios así como la falta de respeto al médico, no darle el estatus, 16%.

Otros factores son la búsqueda diferente de objetivos por ambas partes en un 8%, y la falta de confianza, gran volumen de pacientes y cambio frecuente de médico en un 4% respectivamente.

Los factores considerados para una buena calidad de la relación Médico-Paciente es la falta de inconformidad para los servicios en un 28% y el buen trato otorgado a los pacientes por parte del médico en un 16%.

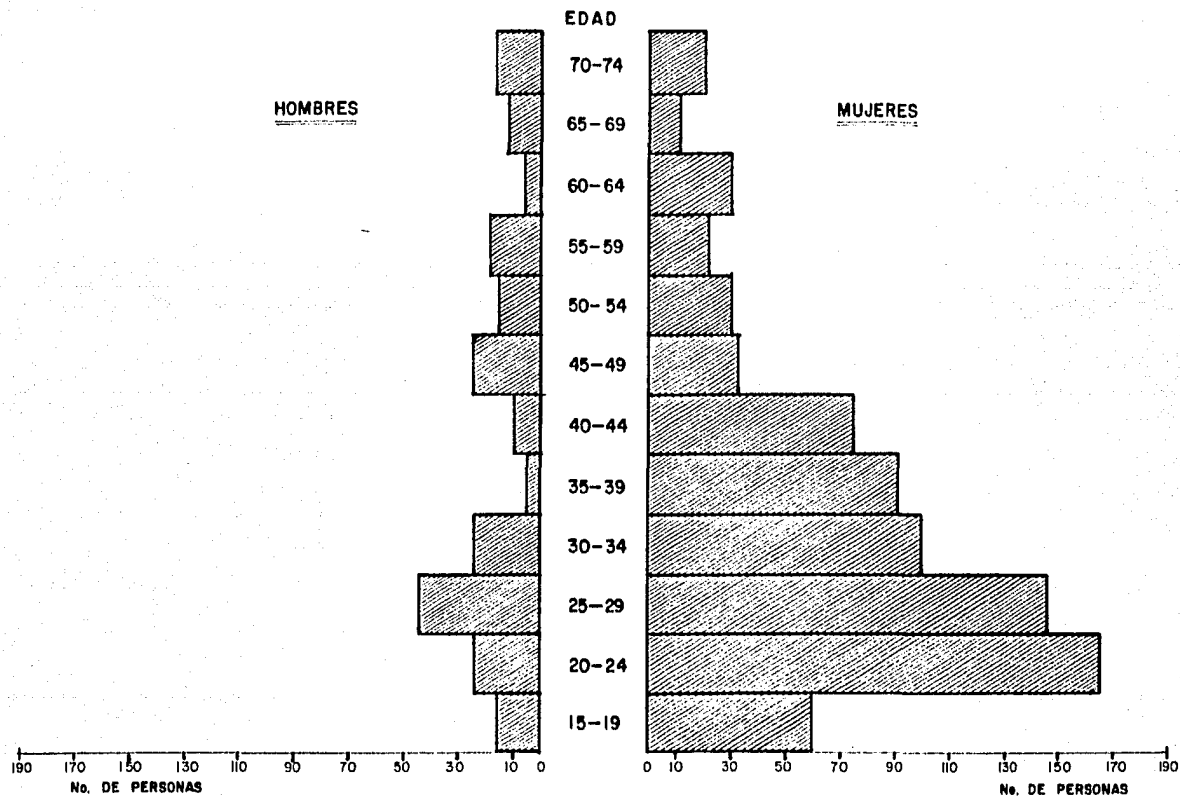
CUADRO No. I

POBLACION DERECHOHABIENTE ENCUESTADA POR GRUPOS DE EDAD  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984

GRUPOS DE EDAD x AÑOS	PERSONAS	
	No.	%
15 - 19	75	7.5
20 - 24	189	19
25 - 29	191	19
30 - 34	126	13
35 - 39	96	10
40 - 44	83	8
45 - 49	57	6
50 - 54	46	4.5
55 - 59	41	4
60 - 64	36	3.5
65 - 69	23	2
70 - 74	37	3.5
<b>TOTAL</b>	<b>1000</b>	<b>100.0 %</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PACIENTES  
EN LA CONSULTA EXTERNA DE ME-  
DICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 2  
**POBLACION DERECHOHABIENTE ENCUESTADA POR GRUPOS DE EDAD  
 EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 3

**POBLACION DERECHOHABIENTE ENCUESTADA SEGUN SU ESTADO CIVIL  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

ESTADO CIVIL	No. DE PERSONAS	%
SOLTERO	141	14
CASADO	740	74
VIUDO	55	5.5
UNION LIBRE	58	6
DIVORCIADO	6	0.5
<b>TOTAL</b>	<b>1000</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LAS CLINICAS DEL IMSS.**

CUADRO No. 4

POBLACION DERECHOHABIENTE ENCUESTADA SEGUN SU ESCOLARIDAD  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984

ESCOLARIDAD	NUMERO DE PERSONAS	%
ANALFABETO	90	9
PRIMARIA	453	45
SECUNDARIA	301	30
PREPARATORIA	107	11
UNIVERSIDAD	49	5
<b>TOTAL</b>	<b>1000</b>	<b>100 %</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 5

POBLACION ENCUESTADA DE MEDICOS EGRESADOS Y  
NO EGRESADOS DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984

EDAD EN AÑOS	HOMBRES		MUJERES		SUMA	
	No.	%	No.	%	No.	%
25 - 29	4	8	1	2	2	10
30 - 34	15	30	1	2	6	32
35 - 39	12	24	1	2	10	26
40 - 44	6	12	1	2	3	14
45 - 49	5	10	0	0	1	10
50 - 54	2	4	1	2	2	6
55 - 59	1	2	0	0	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>90</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA  
EN LA MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 6

POBLACION DE MEDICOS EGRESADOS Y NO EGRESADOS DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR POR TIEMPO DE TITULADOS EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984

AÑOS	MEDICOS EGRESADOS	%	MEDICOS NO EGRESADOS	%
5 - 9	13	52	7	28
10 - 14	10	40	5	20
15 - 19	1	4	4	16
20 - 24	1	4	5	20
25 - 29	0	0	1	4
30 - 34	0	0	2	8
35 - 39	0	0	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

FUENTE : ENCUESTA APLICADA A LOS MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 7

TOTAL DE MEDICOS POR TIEMPO DE LABORAR  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984

ANTIGÜEDAD EN AÑOS	MEDICOS EGRESADOS	%	MEDICOS NO EGRESADOS	%
0 - 4	3	6	2	4
5 - 9	19	38	6	12
10 - 14	3	6	5	10
15 - 19	0	0	4	8
20 - 24	0	0	4	8
25 - 29	0	0	1	2
30 - 34	0	0	2	4
35 - 39	0	0	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>50</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE  
MEDICINA FAMILIAR.



CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE MEDICOS POR LABORAR TANTO DENTRO COMO FUERA DE LA INSTITUCION EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984

MEDICOS	TRABAJAN FUERA Y EN LA INSTITUCION		TRABAJAN SOLO EN LA INSTITUCION		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	5	10	20	40	25	50
NO	7	14	18	36	25	50
SUMA	12	24	38	76	50	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 9

**TABLA DE EVALUACION POR PUNTOS PARA EL FACTOR PACIENTE**

PREGUNTAS	VALOR TOTAL	PUNTUACION SEGUN RESPUESTA			
CONFIANZA EN SU MEDICO: SI, NO, AVECES	25	25	0	10	
LO MAS IMPORTANTE PARA EL PACIENTE: CONSULTA RAPIDA, DIALOGO, LABORATORIO Y MEDICINAS.	20	5	20	5	0
LA CONSULTA LA AMERITA EL PACIENTE: SIEMPRE, A VECES, CASI NUNCA.	15	10	5	0	
LOS PACIENTES SON: AMABLES, AGRESIVOS, INQUIETOS, RESPETUOSOS.	15	15	0	5	10
AL PACIENTE LE DEDICAN EL TIEMPO SUFICIENTE: SI, NO, A VECES.	10	10	0	5	
LO QUE DEMANDA EL PACIENTE: SER ESCUCHADO, CONSULTA RAPIDA, CURACION, EXAMENES LABORATORIO.	10	10	0	10	5
ACUDE A CONSULTA: POCO, MUCHO.	5	5	0		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>PUNTOS</b>			

CUADRO No. 10

**PUNTUACION TOTAL PARA EL FACTOR PACIENTE EN LA CALIDAD DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

PREGUNTAS	PUNTUACION		% OBTENIDO
	REAL	IDEAL	
LE TIENE CONFIANZA A SU MEDICO: SI, NO, A VECES.	4140	5000	83
LO MAS IMPORTANTE PARA EL PACIENTE: SER ESCUCHADO CONSULTA RAPIDA, LABORATORIO Y MEDICINAS.	3590	4000	90
EL PACIENTE ES: AMABLE, AGRESIVO, INQUIETO, RESPECTUOSO.	2360	3000	79
LE DEDICA EL TIEMPO SUFICIENTE AL PACIENTE PARA CONSULTARLO: SI, NO, A VECES.	1690	2000	84
QUE MAS DEMANDA EL PACIENTE: SER ESCUCHADO, CURACION, CONSULTA RAPIDA, LABORATORIO Y MEDICINAS.	1660	2000	83
LA SOLICITUD DE CONSULTA LA AMERITA EL PACIENTE: SIEMPRE, A VECES, CASI NO.	1160	3000	39
UTILIZACION DE SERVICIOS MEDICOS POR EL PACIENTE: POCO, MUCHO.	605	1000	60
<b>TOTAL</b>	<b>15 205</b>	<b>20000</b>	<b>76</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A MEDICOS Y PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 11  
**TABLA DE EVALUACION POR PUNTOS PARA EL FACTOR MEDICO**

PREGUNTAS	VALOR TOTAL	PUNTUACION POR OPCION			
RECONOCE A SUS PACIENTES : SI, NO	15	15	0		
LO QUE MAS DEMANDA EL PACIENTE: QUE SE LE ESCUCHE, CONSULTA RAPIDA, QUE SE CURE, QUE LE HAGAN EXAMENES.	10	10	5	0	
SE FAMILIARIZA CON SUS PACIENTES: CON TODOS, CON ALGUNOS, CON NINGUNO.	10	10	5	0	
EL INVOLUCRARSE CON SUS PACIENTES ES: BUENO, MALO, NO IMPORTANTE, NO PERMITIDO.	10	10	0	0	5
SIENTE AFECTO POR SUS PACIENTES : POR TODOS, POR ALGUNOS, POR NINGUNO.	10	5	10	0	
LA INSTITUCION LA VALORA A USTED: BIEN, MAL.	10	10	0		
ENTABLA FACIL CONVERSACION CON SUS PACIENTES:	5	5	0		
SU CONSULTA FLUYE: RAPIDAMENTE: SIEMPRE, A VECES, CASI NUNCA.	5	5	2	0	
SIENTE QUE SUS PACIENTES TIENEN CONFIANZA EN USTED: SI, NO, A VECES.	5	5	0	2	
TIENE INCENTIVOS PARA TRABAJAR : SI, NO.	5	5	0		
LE GUSTARIA TRABAJAR EN OTRA INSTITUCION: SI, NO.	5	0	5		
SU ESTADO DE ANIMO EN CONSULTA ES: SERIO Y AMABLE, TRANQUILO, BROMISTA, AGRESIVO.	5	5	5	5	0
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>PUNTOS</b>			

CUADRO No.12

PUNTUACION TOTAL PARA EL FACTOR MEDICO EN LA CALIDAD DE LA RELACION MEDICO - PACIENTE  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984

PREGUNTAS	PUNTUACION		% OBTENIDO
	REAL	IDEAL	
RECONOCE EL MEDICO A SUS PACIENTES SI, NO	2960	3000	99
EL INVOLUCRARSE EL MEDICO CON LOS PACIENTES ES: BUENO, MALO, NO IMPORTANTE, NO PERMITIDO.	1720	2000	86
SIENTE EL MEDICO AFECTO POR SUS PACIENTES: POR ALGUNOS, TODOS, NINGUNO.	1220	2000	61
EL MEDICO SE FAMILIARIZA CON SUS PACIENTES: CON TODOS, ALGUNOS, NINGUNO.	1180	2000	59
LA CONSULTA LA AMERITA EL PACIENTE: SIEMPRE, A VECES, CASI NO.	1160	2000	48
EL MEDICO ENTABLA FACIL CONVERSACION CON EL - PACIENTE: SI, NO.	960	1000	96
SIENTE CONFIANZA EL PACIENTE AL MEDICO: SI, NO, A VECES.	908	1000	91
ESTADO DE ANIMO DEL MEDICO EN CONSULTA: SERIO, AMABLE, TRANQUILO, BROMISTA.	892	1000	90
DESEA EL MEDICO TRABAJAR EN OTRA INSTITUCION: SI, NO.	860	1000	86
COMO SE SIENTE VALORADO EL MEDICO POR LA - INSTITUCION: BIEN, MAL.	800	2000	40
COMO CONSIDERA EL MEDICO SU CONSULTA: PESADA, AGIL, DIFICIL, AGRADABLE.	760	1000	76
EL MEDICO CONSIDERA QUE SU CONSULTA FLUYE RAPIDO: SIEMPRE, A VECES, CASI NUNCA	660	1000	66
EL MEDICO TIENE INCENTIVOS PARA TRABAJAR: SI, NO.	500	1000	50
<b>T O T A L</b>	<b>14580</b>	<b>2000</b>	<b>73</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A MEDICOS Y PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE  
MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No.13

TABLA DE EVALUACION POR PUNTOS PARA EL FACTOR INSTITUCION

PREGUNTAS	VALOR TOTAL	PUNTUACION POR OPCION			
RECIBE SERVICIO MEDICO AL SOLICITARLO : SIEMPRE, A VECES, NUNCA.	20	20	15	0	
EL TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA ES : CORTO, RAZONABLE, PROLONGADO.	15	15	10	0	
EL CAMBIO DE MEDICO AFECTA EN LA CONSULTA : SI, NO.	10	10	0		
LA ATIENDE EL MISMO MEDICO : SI, NO, A VECES.	10	10	0	5	
LE ES SUFICIENTE EL TIEMPO PARA DAR LA CONSULTA : SI, NO, A VECES.	10	10	0	5	
INICIA Y TERMINA SUS JORNADAS DE TRABAJO : ANTES, EN PUNTO, DESPUES	10	5	10	0	
CUENTA CON UN CONSULTORIO EQUIPADO Y FUNCIONAL : SI, NO.	5	5	0		
LA ASISTENTE DE CONSULTORIO ES : COMPETENTE, AMABLE, INCOMPETENTE, AGRESIVA.	5	5	5	0	0
CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA TRABAJAR : SI, NO, A VECES.	5	5	0	2	
LLEGA CON FACILIDAD A SU CLINICA : SI, NO.	5	5	0		
EL HORARIO DE SU MEDICO SE LE FACILITA PARA ACUDIR A SU CONSULTA : SI, NO.	5	5	0		
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>PUNTOS</b>			

CUADRO No. 14

**PUNTUACION TOTAL PARA EL FACTOR INSTITUCION EN LA CALIDAD DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

PREGUNTAS	PUNTUACION		% OBTENIDO
	REAL	IDEAL	
RECIBE SERVICIO MEDICO AL SOLICITARLO : SIEMPRE, A VECES, CASI NUNCA.	3760	4000	94
EL TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA ES : CORTO, RAZONABLE, PROLONGADO.	1545	3000	52
INICIO Y FIN DE JORNADA DE TRABAJO : ANTES, EN PUNTO, DESPUES.	1480	2000	74
LE ES SUFICIENTE EL TIEMPO PARA DAR CONSULTA : SI, NO, A VECES.	1460	2000	73
EL CAMBIO DE MEDICO AFECTA EN LA CONSULTA : SI, NO.	1400	2000	70
LE ATIENDE EL MISMO MEDICO : SI, NO, A VECES.	1180	2000	59
EL HORARIO DE CONSULTA ES ADECUADO PARA QUE USTED ACUDA A CONSULTA : SI, NO	905	1000	90
LA ASISTENTE DE CONSULTORIO ES : AMABLE, COMPETENTE, AGRESIVA, INDIFFERENTE.	900	1000	90
LLEGA CON FACILIDAD A SU CLINICA : SI, NO.	730	1000	73
CUENTA CON UN CONSULTORIO EQUIPADO, FUNCIONAL : SI, NO.	420	1000	42
CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA DAR ATENCIÓN MEDICA : SI, NO, A VECES.	372	1000	37
<b>TOTAL</b>	<b>14152</b>	<b>20000</b>	<b>71</b>

**FUENTE:** ENCUESTA APLICADA A MEDICOS Y PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 15

**TOTAL DE RESPUESTAS OTORGADAS A PREGUNTAS CON RESPUESTAS  
AFIRMATIVA Y NEGATIVA DEL CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MEDICOS NO EGRESADOS  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

PREGUNTAS	OPCIONES Y %			
	SI	%	NO	%
EL HORARIO PARA CONSULTA SE LE FACILITA PARA QUE USTED ACUDA A ELLA	444	89	56	11
CONOCE EL NOMBRE DE SU MEDICO	393	79	107	21
LLEGA FACILMENTE A SU CLINICA	386	65	114	35
CREE QUE EL CAMBIO DE MEDICO AFECTE EN ALGO LA CONSULTA	340	68	160	32
SIEMPRE LE DEDICA EL MISMO TIEMPO EL MEDICO PARA CONSULTARLO	282	56	218	44

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.



CUADRO No. 16

**TOTAL DE RESPUESTAS OTORGADAS A PREGUNTAS CON RESPUESTAS AFIRMATIVA Y NEGATIVA DEL CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MEDICOS EGRESADOS. EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

PREGUNTAS	OPCIONES Y %			
	SI	%	NO	%
EL HORARIO PARA CONSULTA SE LE FACILITA PARA QUE USTED ACUDA A ELLA.	460	92	40	8
LLEGA FACILMENTE A SU CLINICA	404	81	96	19
CREE QUE EL CAMBIO DE MEDICO AFECTE EN ALGO LA CONSULTA	362	72	138	28
CONOCE EL NOMBRE DE SU MEDICO	336	67	164	33
SIEMPRE LE DEDICA EL MISMO TIEMPO EL MEDICO PARA CONSULTARLO	267	53	233	47

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 17

**TOTAL DE RESPUESTAS OTORGADAS A PREGUNTAS CON RESPUESTAS: SI, NO A VECES, DEL CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MEDICOS NO EGRESADOS EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

PREGUNTAS	OPCIONES Y %					
	SI	%	NO	%	A VECES	%
LE HABLA DE FRENTE SU MEDICO	418	84	46	9	36	7
LE EXPLICA SU MEDICO DE QUE ESTA ENFERMO Y COMO TOMAR SUS MEDICINAS	400	80	67	13	33	7
SU MEDICO UTILIZA PALABRAS QUE USTED NO ENTIENDE	71	14.5	360	72	69	13.5
LE TIENE CONFIANZA A SU MEDICO	375	75	79	16	46	9
LE DEDICA EL TIEMPO SUFICIENTE PARA CONSULTARLO	413	83	60	12	27	5
LE SALUDA SU MEDICO AL ENTRAR A CONSULTA	421	84	58	12	21	4
LE ATIENDE EL MISMO MEDICO	197	39	168	34	135	27

**FUENTE:** ENCUESTA APLICADA A PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No.18

**TOTAL DE RESPUESTAS OTORGADAS A PREGUNTAS CON RESPUESTAS: SI, NO A VECES, DEL CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE MEDICOS EGRESADOS EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B. C. ABRIL 1984**

PREGUNTAS	OPCIONES Y %					
	SI	%	NO	%	A VECES	%
LE HABLA DE FRENTE SU MEDICO	447	89	16	4	37	7
LE EXPLICA SU MEDICO DE QUE ESTA ENFERMO Y COMO TOMAR SUS MEDICINAS	433	87	27	5	40	8
SU MEDICO UTILIZA PALABRAS QUE USTED NO ENTIENDE	44	9	349	70	107	21
LE TIENE CONFIANZA A SU MEDICO	404	81	61	12	35	7
LE DEDICA EL TIEMPO SUFICIENTE PARA CONSULTARLO	385	77	48	10	67	13
LE SALUDA SU MEDICO AL ENTRAR A CONSULTA	393	79	39	8	68	13
LE ATIENDE EL MISMO MEDICO	239	48	85	17	176	35

**FUENTE:** ENCUESTA APLICADA A PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 19

**TOTAL DE RESPUESTAS OTORGADAS A PREGUNTAS CON DOS OPCIONES DE LOS  
CUESTIONARIOS PARA MEDICOS Y PACIENTES  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

PREGUNTAS	OPCION	%	OPCION	%	TOTAL	
					No.	%
EL PACIENTE REFIERE QUE EL MEDICO LE DA UN TRATO: BUENO, MALO.	888	89	112	11	1000	100
EL PACIENTE REFIERE ACUDIR A CONSULTA: POCO, MUCHO.	698	70	302	30	1000	100
EL MEDICO CONOCE A SUS PACIENTES: SI, NO.	49	98	1	2	50	100
EL MEDICO CONVERSA FACILMENTE CON EL PACIENTE: SI, NO.	48	96	2	4	50	100
EL TIPO DE HORARIO QUE EL MEDICO PREFERE: CONTINUO, DISCONTINUO.	17	34	33	66	50	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A MEDICOS Y PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

**TOTAL DE RESPUESTAS OTORGADAS A PREGUNTAS CON TRES OPCIONES DE LOS  
CUESTIONARIOS PARA MEDICOS Y PACIENTES  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984.**

PREGUNTAS	OPCION	%	OPCION	%	OPCION	%	TOTAL	
							No.	%
EL PACIENTE RECIBE SERVICIO MEDICO : SIEMPRE, A VECES, NUNCA.	762	76	238	24	0	0	1000	100
AL ENTRAR A CONSULTA INICIA LA PLATICA : PACIENTE, MEDICO, ASISTENTE DE CONSULTA.	165	16	831	83	4	1	1000	100
EL TIEMPO DE ESPERA PARA SER CONSULTADO ES : CORTO, RAZONABLE, PROLONGADO.	71	8	406	40	523	52	1000	100
EL MEDICO TRATA AL PACIENTE POR SU NOMBRE : SI, NO.	46	92	4	8	0	0	50	100
EL MEDICO SIENTE QUE SUS PACIENTES TIENEN CONFIANZA : SI, NO, A VECES.	43	86	1	2	6	12	50	100
AL MEDICO LE AGRADA LA FORMA DE DAR CONSULTA EN - EL IMSS : SI, NO, A VECES.	43	86	4	8	3	6	50	100
LE ES SUFICIENTE EL TIEMPO AL MEDICO PARA DAR - CONSULTA ADECUADA : SI, NO, A VECES.	29	58	6	12	15	30	50	100
EL MEDICO CONSIDERA QUE SU CONSULTA FLUYE RAPIDAMENTE : SIEMPRE, A VECES, NUNCA.	23	46	25	50	2	4	50	100
EL MEDICO CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA - BUEN SERVICIO MEDICO : SI, NO, A VECES.	15	30	26	52	9	18	50	100
EL MEDICO SE FAMILIARIZA CON SUS PACIENTES : CON TODOS, ALGUNOS, NINGUNO.	11	22	37	74	2	4	50	100
EL MEDICO CONSIDERA QUE EL PACIENTE AMERITA LA CONSULTA : SIEMPRE, A VECES, CASI NUNCA.	9	18	40	80	1	2	50	100
AL MEDICO LE GUSTARIA TRABAJAR EN OTRA INSTITUCION : SI, NO.	7	14	43	86	0	0	50	100

**FUENTE:** ENCUESTA APLICADA A MEDICOS Y PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE  
MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 21

**TOTAL DE RESPUESTAS OTORGADAS A PREGUNTAS CON TRES Y CUATRO OPCIONES  
DE LOS CUESTIONARIOS PARA MEDICOS Y PACIENTES  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

PREGUNTAS	OPCION	%	OPCION	%	OPCION	%	OPCION	%	TOTAL	
									No.	%
MOTIVO DE CONSULTA DEL PACIENTE: ENFERMEDAD, INCAPACIDAD, DOTACION LACTEA, EMBARAZO.	947	94	29	3	24	3	0	0	1000	100
EL PACIENTE CONSIDERA A SU MEDICO: ATENTO - DISTRAIDO, ENOJON, GROSERO.	870	87	46	5	54	5	30	3	1000	100
EL PACIENTE DICE QUE SU MEDICO LO RECIBE: BIEN, MAL, INDIFFERENTE, CANSADO.	856	86	34	3	98	10	12	1	1000	100
EL PACIENTE REFIERE QUE LA CONSULTA DE SU MEDICO ES: ABUNDANTE, NORMAL, POCA.	441	44	492	49	67	7	0	0	100	100
EL MEDICO CONSIDERA A SU ASISTENTE DE CONSULTA: AMABLE, INCOMPETENTE, AGRESIVO, INDIFFERENTE.	45	90	2	4	0		3	6	50	100
EL INVOLUCRARSE CON LOS PACIENTES SEGUN EL MEDICO ES: BUENO, MALO, NO IMPORTANTE, NO PERMITIDO.	43	86	3	6	2	4	2	4	50	100
EL PACIENTE CONSIDERA QUE LO MAS IMPORTANTE ES: CONSULTA RAPIDA, SER ESCUCHADO, ESTUDIOS Y MEDICINAS, OTRO.	29	3	816	82	146	14	9	1	1000	100
EL MEDICO SE REFIERE COMO: SERIO Y AMABLE, AGRESIVO, TRANQUILO, BROMISTA.	25	50	0	0	16	32	9	18	50	100
EL MEDICO REFIERE A SU PACIENTE COMO: AMABLE, AGRESIVO, INQUIETO, RESPETUOSO.	21	42	1	2	1	2	27	54	50	100
EL MEDICO REFIERE QUE SU PACIENTE DEMANDA: CONSULTA RAPIDA, SER ESCUCHADO, ESTUDIOS Y MEDICINAS.	19	38	25	50	6	12	0	0	50	100
EL MEDICO CONSIDERA QUE SU CONSULTA ES: PESADA, AGIL, DIFICIL, AGRADABLE.	5	10	11	22	2	4	32	64	50	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A MEDICOS Y PACIENTES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No.22

POBLACION DE MEDICOS NO EGRESADOS  
FACTORES PARA BUENA CALIDAD EN LA RELACION MEDICO - PACIENTE  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984

FACTORES	No.	%
NO INCONFORMIDAD AL SERVICIO O CONFLICTOS.	7	28
BUEN TRATO OTORGADO A LOS PACIENTES POR EL MEDICO.	4	16
TOTAL	11	44

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE  
MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 23

**POBLACION DE MEDICOS EGRESADOS  
FACTORES PARA BUENA CALIDAD EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

FACTORES	No.	%
NO INCONFORMIDAD AL SERVICIO O CONFLICTOS.	4	16
CONFIANZA Y RESPETO MUTUO ENTRE PACIENTE Y MEDICO.	3	12
CLINICAS PEQUEÑAS CON MAYOR FACILIDAD A CONTACTO _ DIRECTO.	3	12
POR EL BUEN TRATO Y LA CONFIANZA QUE SE LE BRINDA AL PACIENTE.	2	8
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>48</b>

**FUENTE :** ENCUESTA APLICADA A MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.



CUADRO No.24

**POBLACION DE MEDICOS NO EGRESADOS  
FACTORES PARA MALA CALIDAD EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B. C. ABRIL 1984**

FACTORES	No.	%
NO DISCIPLINA Y ORIENTACION DE SOLICITUD DE SERVICIOS	4	16
NO RESPETO AL MEDICO, TRATO COMO CUALQUIER OBRERO	4	16
OBJETIVOS DIFERENTES ENTRE EL MEDICO Y EL PACIENTE	2	8
NO CONFIANZA HACIA EL MEDICO	1	4
GRAN CANTIDAD DE PACIENTES PARA CONSULTAR	1	4
CAMBIO FRECUENTE DE MEDICO	1	4
MAL TRATO DEL PACIENTE POR PARTE DEL MEDICO	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>56</b>

**FUENTE:** ENCUESTA APLICADA A MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 25

POBLACION DE MEDICOS EGRESADOS  
 FACTORES PARA MALA CALIDAD EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE  
 EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984

FACTORES	No.	%
EL PACIENTE NO SE UBICA TOTALMENTE EN SU ROL DE PACIENTE.	5	20
EL GRAN VOLUMEN DE CONSULTA CON EL POCO TIEMPO.	3	12
POCA IMPORTANCIA A LA PATOLOGIA DEL PACIENTE HIPOCONDRIACO.	3	12
EL DEDICAR POCO TIEMPO AL PACIENTE.	1	4
TOTAL	12	48

FUENTE : ENCUESTA APLICADA A MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 26

**POBLACION DE MEDICOS EGRESADOS  
PRINCIPALES OBSTACULOS PARA OTORGAR BUEN SERVICIO MEDICO  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

OBSTÁCULOS ENCONTRADOS	No.	%
GRAN DEMANDA DE CONSULTA Y POCO TIEMPO	10	40
RECURSOS MATERIALES ESCASOS (EQUIPO CONSULTORIO, MEDICAMENTOS, LABORATORIO, RAYOS X, ETC.)	7	28
NINGUNO.	6	24
USO INADECUADO DE LOS SERVICIOS POR EL PACIENTE.	2	8
<b>T O T A L</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE .:** ENCUESTA APLICADA A MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No.27

**POBLACION DE MEDICOS NO EGRESADOS  
PRINCIPALES OBSTACULOS PARA OTORGAR BUEN SERVICIO MEDICO  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

OBSTÁCULOS ENCONTRADOS	No.	%
GRAN DEMANDA DE CONSULTA Y POCO TIEMPO	13	52
RECURSOS MATERIALES INADECUADOS (EQUIPO CONSULTORIO, MEDICAMENTOS, LABORATORIO, RAYOS X, ETC.)	5	20
FALTA DE COOPERACION ADECUADA ASISTENTE DE CONSULTORIO.	3	12
BUROCRATISMO	2	8
INESCESARIA SOLICITUD DE CONSULTA POR EL PACIENTE	1	4
NINGUNO	1	4
<b>T O T A L</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** ENCUESTA APLICADA A MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 28

**POBLACION DE MEDICOS NO EGRESADOS  
 COMO ES VALORADO EL MEDICO FAMILIAR POR LA INSTITUCION SEGUN OPINION DEL MEDICO  
 EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

C O N C E P T O	No.	%
COMO FUERZA DE TRABAJO UNICAMENTE, UN OBRERO MAS.	14	56
COMO MEDICO DE PRIMER NIVEL, BASE DEL SISTEMA DE SALUD ACTUAL.	6	24
COMO ALGUIEN SIN IMPORTANCIA, QUE NO INTERESA	3	12
DE MENOR IMPORTANCIA EN COMPARACION CON EL ESPECIALISTA DE OTRAS RAMAS.	2	8
T O T A L	25	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A MEDICOS FAMILIARES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 29

**POBLACION DE MEDICOS EGRESADOS  
COMO ES VALORADO EL MEDICO FAMILIAR POR LA INSTITUCION SEGUN OPINION DEL MEDICO  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B.C. ABRIL 1984**

C O N C E P T O	No.	%
COMO FUERZA DE TRABAJO UNICAMENTE, UN OBRERO MAS.	14	56
COMO LA BASE DE LA ATENCION MEDICA DEL SISTEMA DE SALUD.	11	44
T O T A L	25	100

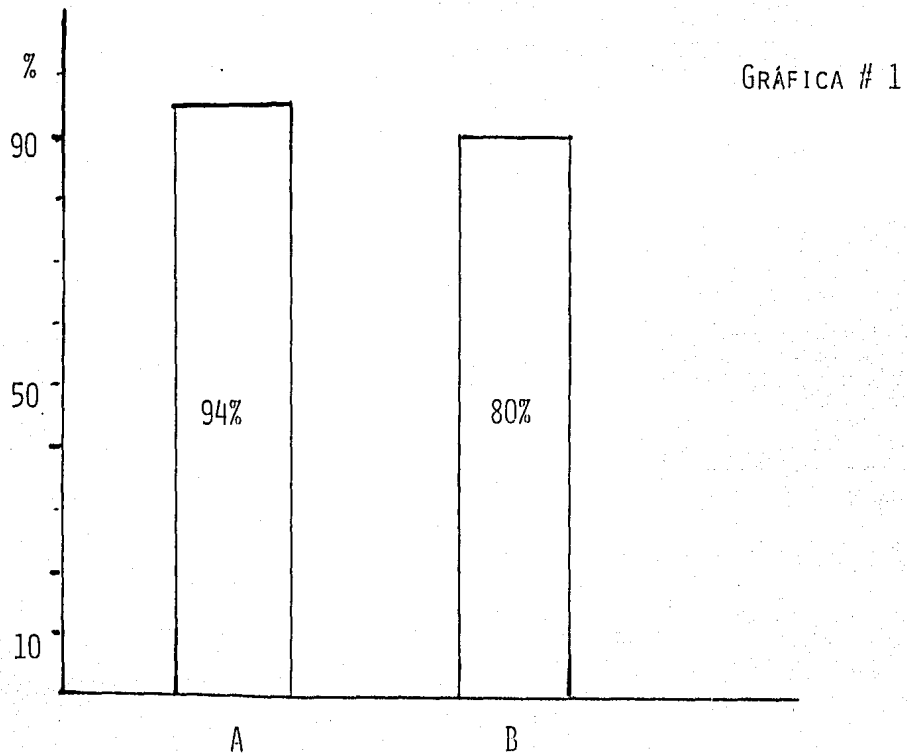
**FUENTE:** ENCUESTA APLICADA A MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.

CUADRO No. 30

**POBLACION DE MEDICOS, INCENTIVOS PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION  
EN LAS CLINICAS DEL IMSS, ZONA II, MEXICALI B. C. ABRIL 1984**

MEDICOS	INCENTIVOS				TOTAL	
	PROPIOS		INSTITUCIONALES		No.	%
	No.	%	No.	%		
SUBSISTIOS	18	36	7	14	25	50
NO SUBSISTIOS	17	34	8	16	25	50
<b>SUMA</b>	<b>35</b>	<b>70</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

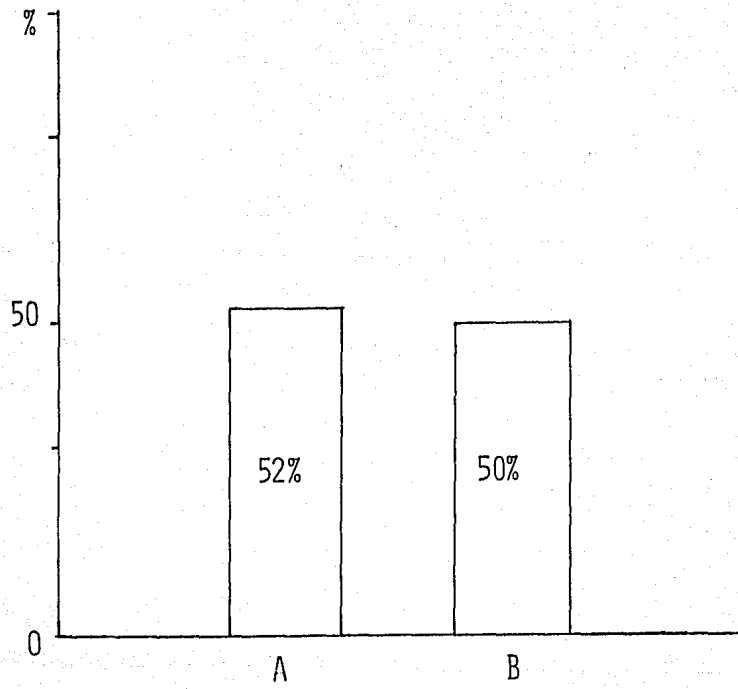
FUENTE: ENCUESTA APLICADA A MEDICOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR.



A) EL PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA SEGUN EL PACIENTE ( ENFERMEDAD )

B) EL PACIENTE AMERITA LA CONSULTA AVECES,SEGUN EL MEDICO

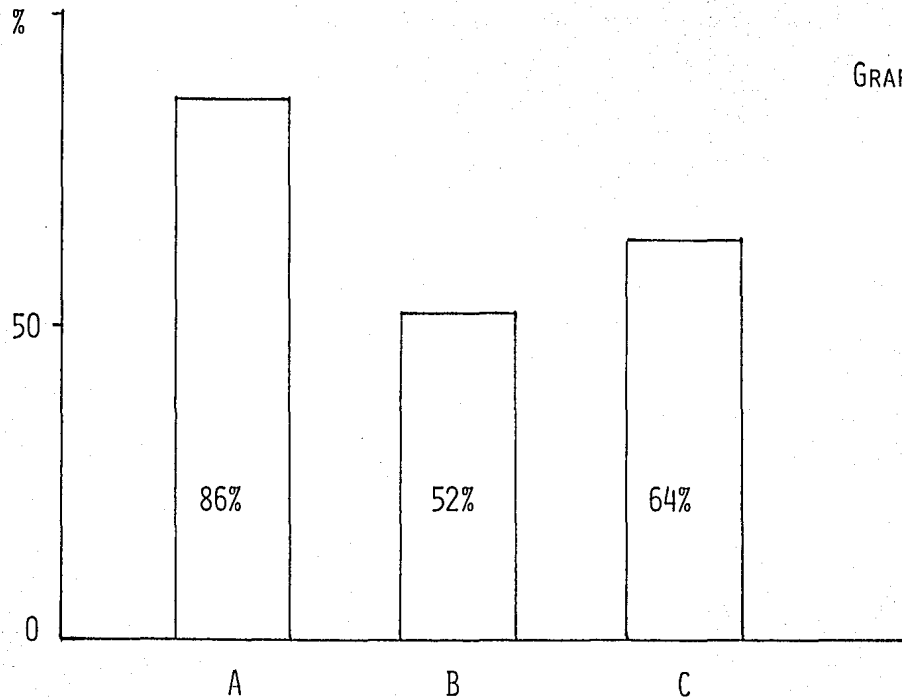




GRAFICA # 2

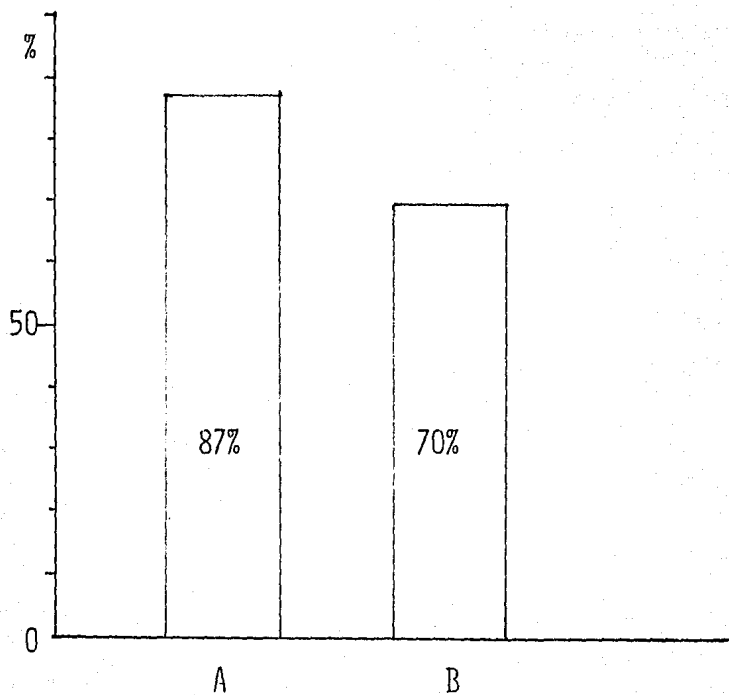
A) EL TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA ES: PROLONGADO

B) LA CONSULTA DEL MEDICO FLUYE RAPIDAMENTE: AVECES



GRAFICA # 3

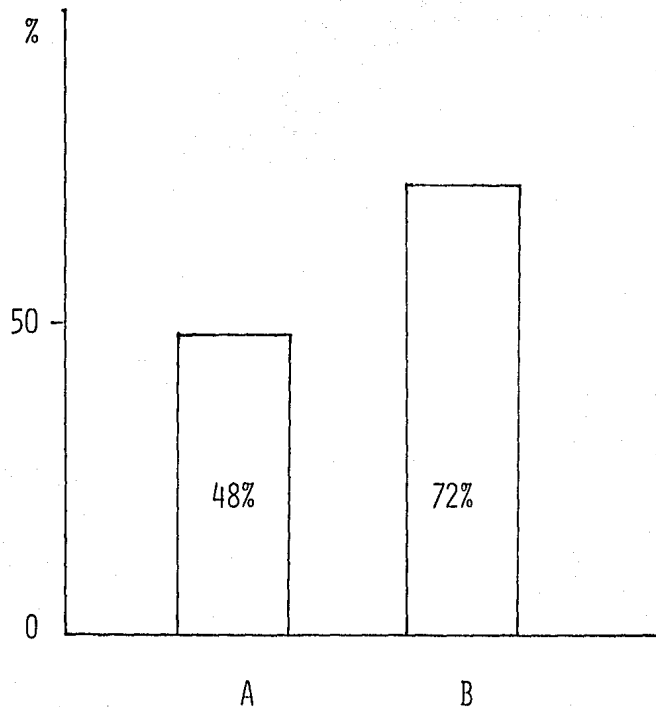
- A) NO LE GUSTARIA AL MEDICO TRABAJAR EN OTRA INSTITUCION
- B) EL MEDICO NO CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA DAR BUEN SERVICIO
- C) EL MEDICO CONSIDERA SU CONSULTA AGRADABLE



GRAFICA # 4

A) EL MEDICO LE EXPLICA AL PACIENTE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

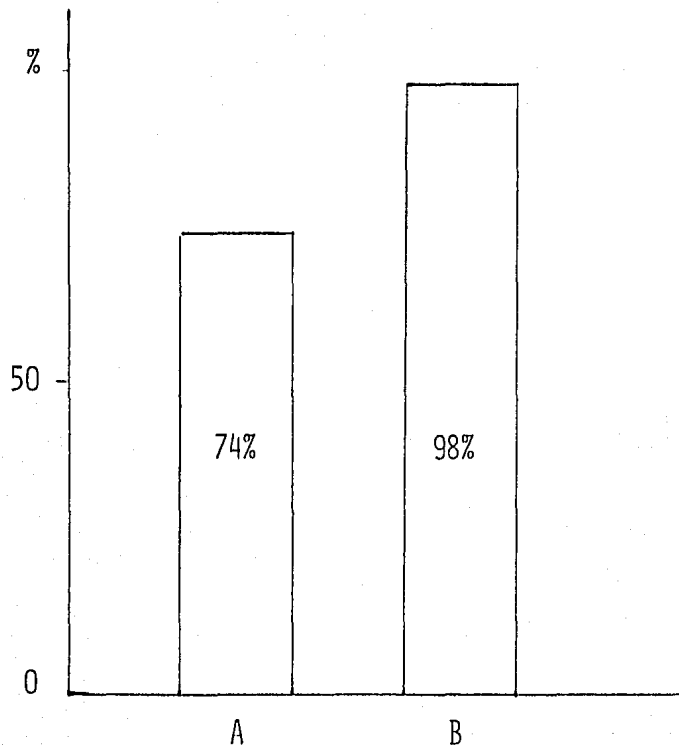
B) EL MEDICO NO UTILIZA TERMINOS QUE EL PACIENTE NO ENTIENDE



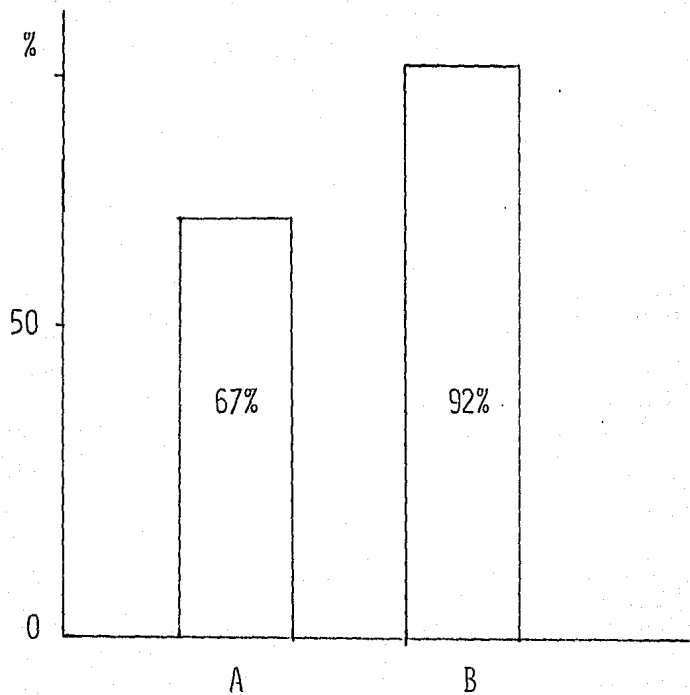
GRAFICA # 5

- A) SIEMPRE LE ATIENDE AL PACIENTE EL MISMO MEDICO
- B) EL PACIENTE OPINA QUE EL CAMBIO DE MEDICO SI AFECTA EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

GRAFICA # 6

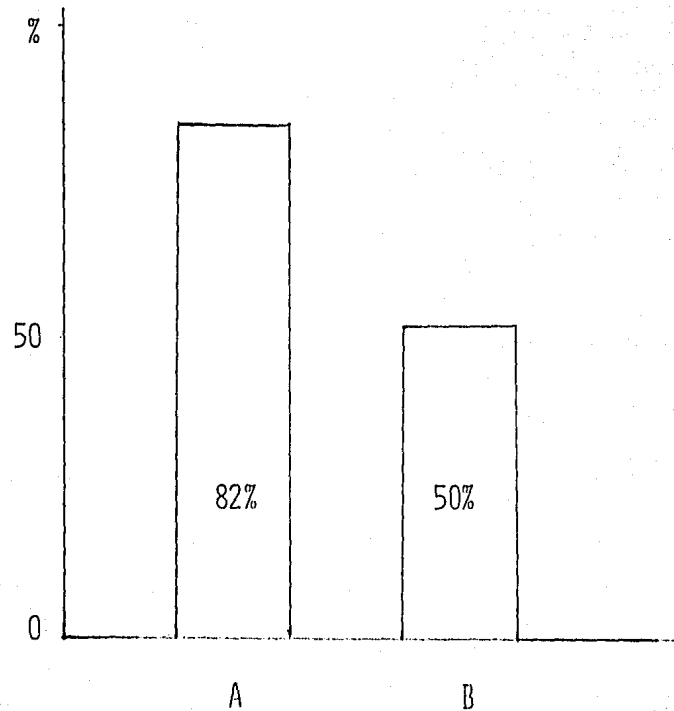


- A) EL MEDICO REFIERE FAMILIARIZARSE CON ALGUNOS DE SUS PACIENTES
- B) EL MEDICO RECONOCE A SUS PACIENTES



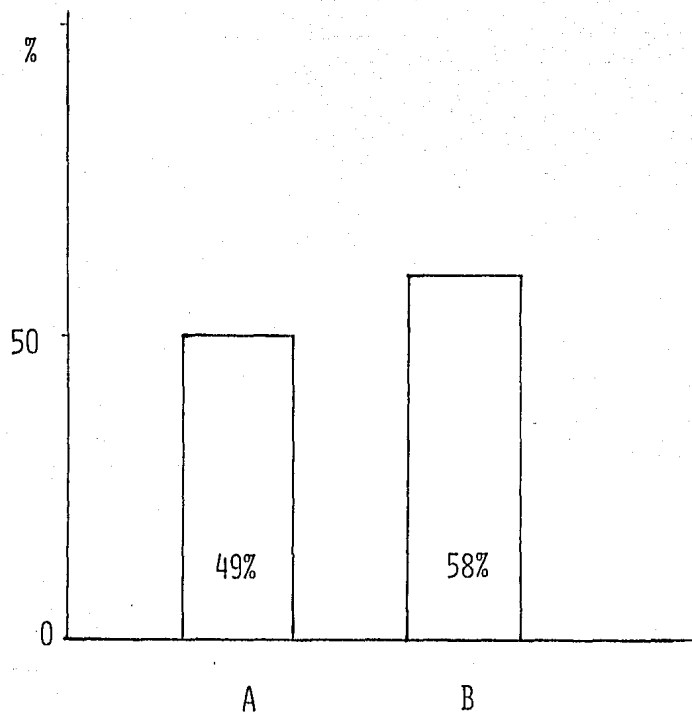
GRAFICA # 7

- A) EL PACIENTE CONOCE EL NOMBRE DE SU MEDICO
- B) EL MEDICO TRATA AL PACIENTE POR SU NOMBRE



GRAFICA # 8

- A) EL PACIENTE CONSIDERA QUE LO MAS IMPORTANTE ES SER ESCUCHADO DURANTE LA CONSULTA.
- B) EL MEDICO REFIERE QUE SU PACIENTE SOLICITA MAS, SER ESCUCHADO DURANTE LA CONSULTA.

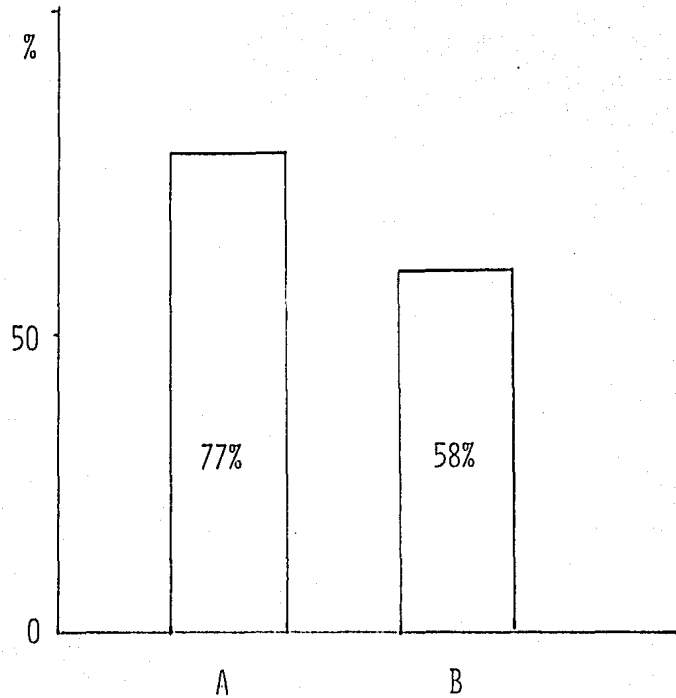


GRAFICA # 9

- A) EL PACIENTE CONSIDERA QUE EL VOLUMEN DE CONSULTA DE SU MEDICO ES NORMAL.
- B) EL MEDICO REFIERE QUE LE ES SUFICIENTE EL TIEMPO PARA DAR CONSULTA.



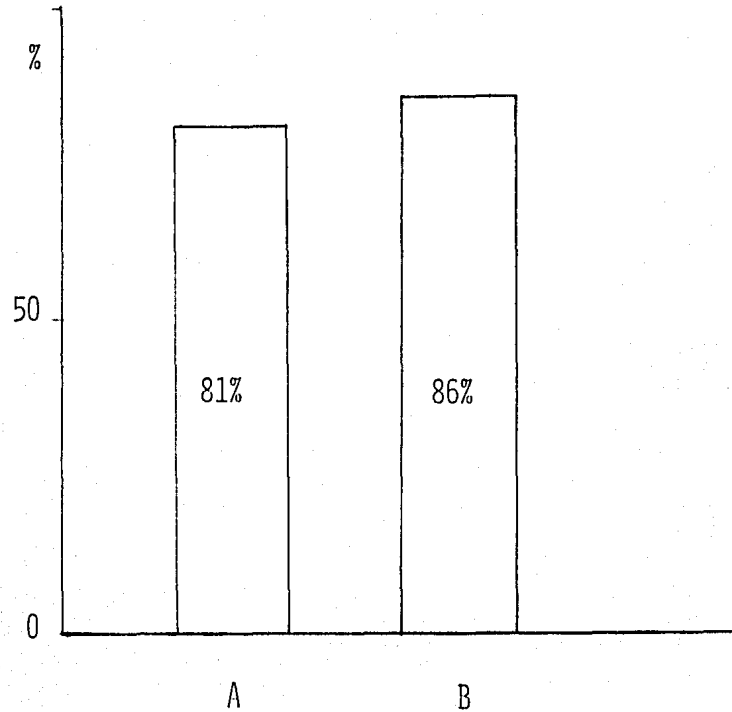
GRAFICA # 10



A) EL PACIENTE REFIERE QUE SI SE LE DEDICA EL TIEMPO SUFICIENTE DURANTE LA CONSULTA

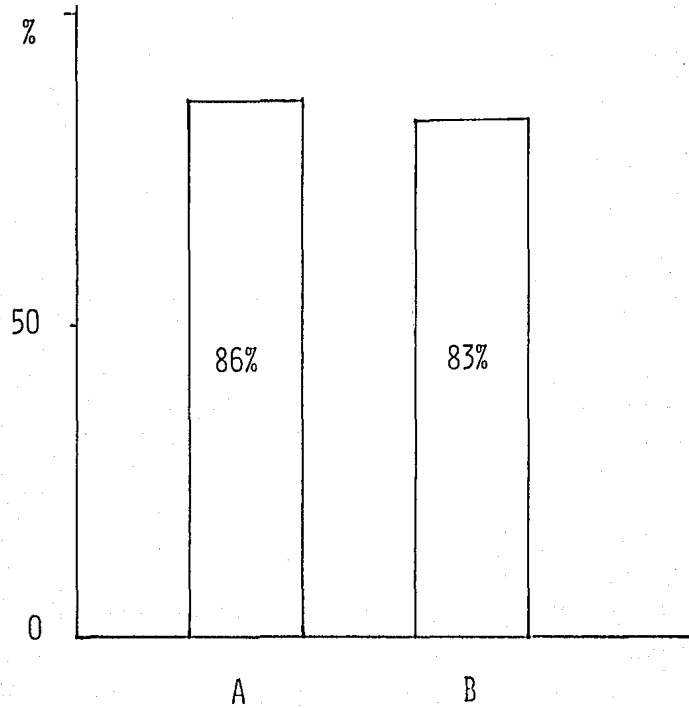
B) EL MEDICO REFIERE QUE SÍ LE ES SUFICIENTE EL TIEMPO PARA DAR LA CONSULTA ADECUADAMENTE.

GRAFICA # 11



- A) EL PACIENTE REFIERE TENERLE CONFIANZA A SU MEDICO
- B) EL MEDICO REFIERE QUE SIENTE QUE SUS PACIENTES LE TIENEN CONFIANZA.

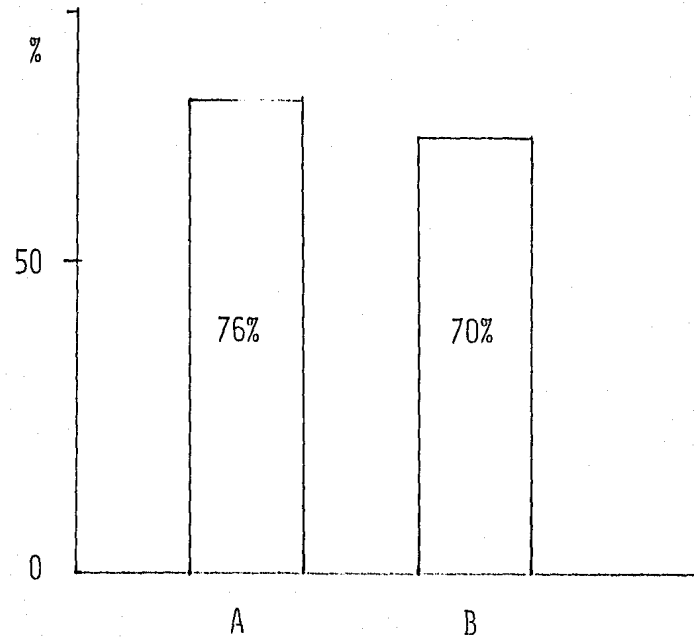
GRAFICA # 12



A) EL PACIENTE REFIERE QUE SU MEDICO LO RECIBE BIEN

B) EL MEDICO INICIA LA PLATICA DURANTE LA CONSULTA

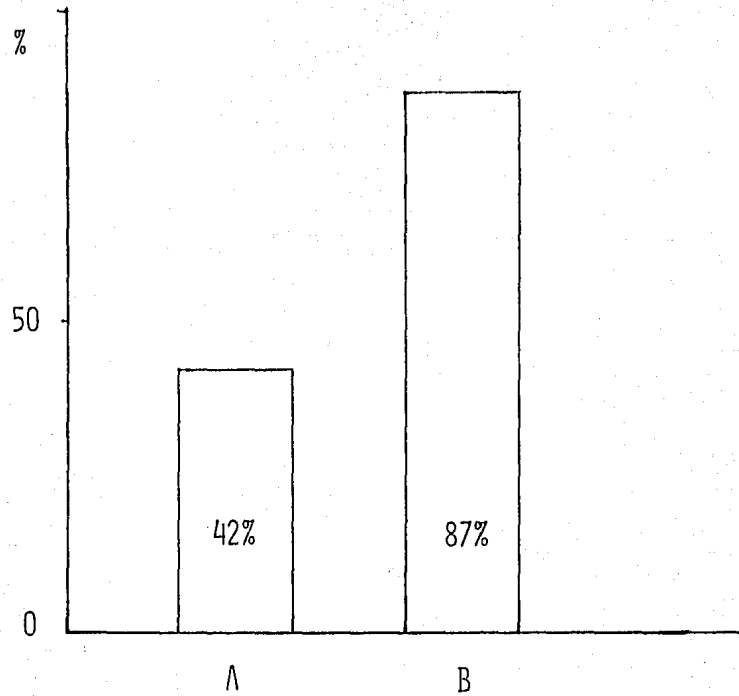
GRAFICA # 13



A) EL PACIENTE REFIERE RECIBIR SIEMPRE SERVICIO MEDICO

B) EL PACIENTE REFIERE ACUDIR A CONSULTA POCO

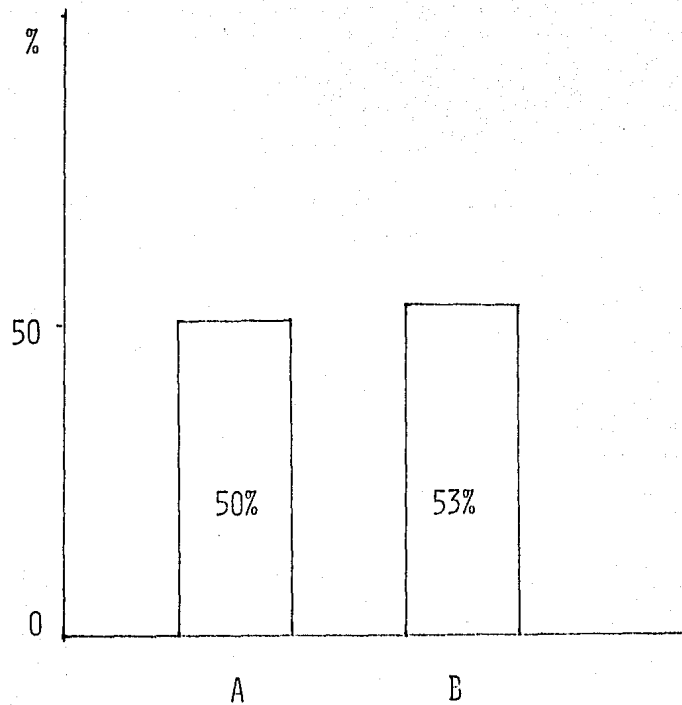
GRAFICA # 14



A) EL MEDICO REFIERE QUE SU PACIENTE ES AMABLE

B) EL PACIENTE CONSIDERA QUE SU MEDICO ES ATENTO

GRÁFICA # 15



A) EL MEDICO CONSIDERA QUE SU CONSULTA FLUYE RAPIDAMENTE AVECES

B) EL PACIENTE REFIERE QUE SU MEDICO LE DEDICA EL TIEMPO SUFI -  
CIENTE PARA CONSULTARLO'

## COMENTARIO

Dentro de este estudio de investigación de la Relación Médico-Paciente en las clínicas del IMSS de la ciudad de Mexicali y su Valle se encontró que la población de pacientes estudiada eran predominantemente jóvenes, en edad productiva y reproductiva. Se encontró un predominio absoluto del sexo femenino sobre el masculino.

Es bien conocido que la mujer acude más frecuentemente a -- consulta por su propia patología, la de sus hijos o sus familiares -- al contrario que el varón, el cual acude principalmente cuando está en edades más avanzadas.

La población de pacientes cuentan con un nivel escolar primaria principalmente, siendo el analfabetismo menos importante.

El estado civil en que se encuentran es principalmente casados, le sigue la soltería y la unión libre.

El grupo de médicos estudiados mostró ser en su mayoría del sexo masculino, predominando el adulto joven.

Los médicos egresados de una Residencia de Medicina Familiar son jóvenes relativamente, con menos años de trabajar en la institución, así también tienen menos tiempo de haber terminado la carrera de medicina.

Los médicos no egresados por el contrario son de mayor edad con más tiempo de laborar en la institución, más tiempo de haber -- terminado la carrera de medicina.

En comparación el médico no egresado tiende más a trabajar -- tanto fuera como dentro de la institución que el médico egresado.

Tanto el médico como el paciente coinciden en que el principal motivo de consulta del paciente es por enfermedad aunque el médico argumenta que el paciente requiere la consulta a veces.

El paciente opina que el tiempo de espera para ser consulta do es prolongado y el médico asevera que su consulta fluye rápido -- a veces.

El médico argumenta que no cuenta con los recursos necesarios para dar un buen servicio médico pero refiere no querer trabajar en otra institución, debido a que otras presentan más carestía,

Consideran además que su consulta es agradable.

Se encontró que al paciente se le explica su enfermedad y su tratamiento utilizando poca terminología médica incomprensible para él.

Pero uno de los problemas detectados es el cambio frecuente de médico, que es considerado por el paciente como nocivo para la buena relación Médico-Paciente ya que se pierde terreno en cuanto a la confianza, el conocimiento del médico hacia la trayectoria de la patología en ese paciente, etc.

Pese a esto, el médico es capaz de reconocer y familiarizarse con sus pacientes. El trato en la relación se realiza con los nombres de ambos (médico y paciente).

Tanto el médico como el paciente están de acuerdo en que el principal objetivo en la interacción es que el paciente exponga sus problemas y el médico lo escuche con atención.

El volumen de consulta es considerado como normal por el paciente, no así para el médico que expresa la falta de tiempo.

Además el paciente refiere que el tiempo de espera es prolongado. Ambos están de acuerdo en que el tiempo destinado para la consulta está bien.

La confianza que deposita el paciente en el médico es buena además que el médico tiene plena percepción del grado de confianza que el paciente deposita en él.

El médico recibe bien a su paciente y él inicia generalmente la plática.

El uso de servicios médicos por el paciente lo refiere como poco además de que cuando lo solicita se le concede casi siempre.

Existe más predisposición del médico a ser atento que del paciente.



## CONCLUSIONES

- a) *La relación Médico-Paciente se puede desarrollar en forma satisfactoria sin que tenga que influir como factores negativos el área geográfica o bien, que sea un gran Sistema el que proporcione los servicios de salud.*
- b) *Existe una falla en la capacitación que recibe el médico con una residencia de Medicina Familiar en lo que respecta a la relación Médico-Paciente que no permite que muestre sus ventajas sobre los médicos sin una especialidad.*
- c) *La relación Médico-Paciente que se establece en las clínicas del IMSS de Mexicali y su Valle es buena.*
- d) *Existe una gran participación del Médico para que esta relación interpersonal se dé en las mejores condiciones.*

## SUGERENCIAS

- a) *Dar una mejor preparación de los aspectos técnicos y teóricos actuales en cuanto a la Relación Médico-Paciente se refiere desde los inicios de la carrera de Medicina.*
- b) *Estimular la preparación complementaria en áreas de relaciones interpersonales al personal que trabaja como profesionales de la salud.*
- c) *Incrementar dentro de la Residencia de Medicina Familiar aspectos teóricos y prácticos en cuanto a la relación Médico-Paciente se refiere.*
- d) *Continuar con la buena predisposición que tienen los médicos de la Institución para que esta relación se siga llevando en las mejores condiciones.*
- e) *Estimular al paciente para que participe más activamente en la relación, cooperando con el médico para su buena calidad.*

BIBLIOGRAFIA

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 1) UNAM Facultad de Medicina. *Relación Médico-Paciente*  
UNAM Unidad 11, ciclos IX y X, México, noviembre 1981-  
pp 157-158
- 2) Thomas E. Muldary, Ph, D; *Interpersonal relations for --  
health professionals. A social skills approach.* Mac --  
Millan pub. Co., Inc. 1ra ed. Nueva York 1983, pp 180-  
355
- 3) Amasa B, Ford, Ralph E. Liske y Robert S ort. *The Doctor's  
perspective. Physicians view their patients and practice*  
*The press of case Western Reserve University.* 1ra ed. --  
Cleveland, Ohio 1967 pp 1-19
- 4) Gerard J. Hunt. *Patient education: the importance of a re  
ciprocal relationship.* Journal abril 83, 32 (4): 299-302
- 5) Debra L. Roter. *Physician/Patient communication: Transmi -  
ssion of information and patient effects.* Journal, abril  
83, 32 (4): 260-265
- 6) Bernstein, Bernstein y Dana. *Interviewing a guide for health  
professionals.* Division of Prentice-Hall, inc. 2da ed.  
Appleton 1974, pp 1-30
- 7) Health, Bethesda. *The doctor-patient relationship in the --  
changing health scenece.* Geographic Health studies, pub. -  
Maryland E. U. abril 1976 pp 17-37
- 8) Veatch, cols. *The clinical encounter. The moral fabric of -*

*the patient-physician relationship.* D Reidel pub.  
vol 14, 1983

- 9) Chase Patterson Kumball, M.D. *The biopsy chosocial approach to the patient.* Williams y Wilkins ed. -- Baltimore, London, 1981 pp 27-37
- 10) David K. Berlo. *El proceso de la Comunicación.* El Ateneo pub. 1ra ed. Buenos Aires Argentina, 1982 pp3-100
- 11) James H.S. Bossard; Eleanor Stoker Boll. *Sociología del desarrollo infantil.* Aguilar S.A. 3ra ed. Madrid España 1969 p 145