

11226
79/55



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Hospital General de Zona Aragón No. 29
Instituto Mexicano del Seguro Social

**RELACION MEDICO-PACIENTE
Y SU INFLUENCIA EN EL SEGUIMIENTO DE
INDICACIONES MEDICO TERAPEUTICAS**

T E S I S

Para obtener el TITULO de
Especialista en Medicina Familiar

P R E S E N T A

Dra. Maria Luisa González Albor

México, D. F. Febrero de 1987.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

I.-	MARCO TEORICO.....	1
II.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
III.-	HIPOTESIS.....	16
IV.-	OBJETIVOS.....	17
V.-	MATERIAL Y METODOS.....	18
VI.-	VARIABLES E INDICADORES.....	20
VII.-	JUSTIFICACION.....	21
VIII.-	RESULTADOS.....	22
IX.-	CONCLUSIONES.....	25
X.-	BIBLIOGRAFIA.....	26

MARCO TEORICO

Nada hay más fundamental y a la vez elemental en el quehacer del Médico, que su relación inmediata con el enfermo, y nada en ese quehacer parece más permanente. La historia de la medicina -- constituye la serie de actividades personales, colectivas e institucionales que el hombre ha venido realizando desde siempre con forme a determinados paradigmas científicos y dentro de ciertas - situaciones sociales, para entender prevenir y curar la enfermedad.

La historia de la medicina es en esencia la historia de la - enfermedad y de su protagonista, el Médico. Los tratados de historia de la medicina se encuentran llenos de nombres de grandes Médicos. Se han escrito y se escriben libros a cerca de la vida de los Médicos, pero frecuentemente se niega o se olvida que la historia de la medicina abarca una trilogía inseparable. Un tema -- fundamental; la enfermedad, Un protagonista absoluto; el Médico - y un tercer elemento; el enfermo, que frecuentemente atraviesa -- anodino por el pasado histórico y solo llega a alcanzar un papel esencial en el instante presente.

En la historia de la medicina el Médico ha sido considerado siempre el protagonista. Recordemos empero que los Griegos, que-- introdujeron en el teatro la voz protagonista, muy pronto vieron la necesidad de crear un segundo personaje. Así la historia de la medicina olvida, muchas veces, que el paciente, ese segundo personaje, logra con frecuencia abandonar su rango anodino para alcanzar un gran papel e incluso, en ocasiones, llegar a sublimarlo --

hasta merecer el caracter de héroes.

Es esencia inescapable de esa trilogía la consistente relación entre sus elementos en la que se articulan, en forma eficaz y armoniosa, el menester de un hombre y la capacidad del otro para remediar su menester.

La relación Médico-Paciente, es el vertice entre el saber -- médico y el ejercicio profesional, es decir, entre teoría y práctica. Es por lo tanto, el eje del analisis de la practica clínica en la medida en que es una esencia.

Desde el punto de vista histórico, la medicina y su antecesor directo, el Chaman, surgieron como una forma para aliviar el sufrimiento y el dolor y luchar contra la muerte. Esto define su finalidad que es cuidar la salud del enfermo. En este sentido es importante destacar las modificaciones que ha sufrido el concepto de salud a lo largo de la historia: cambios relacionados directamente con los avances del conocimiento Biomédico que, conjuntamente con otros factores de tipo social, han logrado disminuir índices de mortalidad infantil y prolongar la supervivencia general de la población.

A pesar del terreno ganado en esta batalla contra la muerte la medicina se enfrenta con una verdad incuestionable, la vida es un curso hacia la muerte, es decir la muerte es una condición necesaria de la vida.

Paralelamente a la evolución del conocimiento Biomédico se modifica la relación Médico-Paciente. Las primeras formas de atención de la enfermedad son practicas totalizadoras. El Chaman si -

bien tiene una visión frecuentaria del paciente, brinde una atención integral, que se facilite en la medida en que toda la población, Chaman y Pacientes, compartan un mismo marco referencial para la explicación de las causas de todos los acontecimientos, desde los cósmicos hasta los más personales.

Hipócrates pone un límite de especialización más definido -- tanto para el que brinde la atención como para el que la recibe, -- profundiza en el conocimiento de la enfermedad en sí y abre el camino para una visión integral del sujeto enfermo y de una atención también integral del padecimiento. El enfermo comienza a desconocer los elementos de su diagnóstico. El conocimiento de la enfermedad es menos mágico, más concreto y especializado: del cosmos totalizador al conocimiento de los "humores" de la naturaleza del hombre. Surge dentro de su concepción de búsqueda de equilibrio también en lo estático y en la fortaleza física en la que -- predomina una visión integral.

Posteriormente la edad media con el predominio de lo religioso y el conocimiento unificado en la divinidad, prepara una profunda segmentación en la visión de la enfermedad, del hombre enfermo y de quien lo atiende. El saber y los cuidados médicos se secularizan en los monasterios, luego las escuelas protomédicas forman los primeros "Médicos de cabecera" para la nobleza. El cuidado médico es una "obligación" con el enfermo, por voluntad divina se le debe atender, pero éste deberá primero salvar su alma, el cuerpo no cuenta, es secundario. Curar, a veces es violar el mandato divino. El enfermo está a merced de Dios y del Médico.

Descartes y el auge de la filosofía cartesiana incorporan -- postulados que fueron de gran valor para el desarrollo de la ciencia, como el de separar el todo de sus partes integrantes, que -- han constituido el pilar del pensamiento analítico: pero a su vez impone, con fines metodológicos, la fragmentación del ser humano -- en mente y cuerpo como dos entidades separables y separadas.

En el siglo XIX, la hegemonía de la filosofía positivista y -- empirista determina una nueva separación, ésta vez entre el individuo y la sociedad. Individuo-Médico, Individuo-Paciente, aparecen distantes, fragmentados y desvinculados, para negar o reprimir lo más humano de su relación: el encuentro con la vida y con la muerte, el sentir los afectos. Como señala J.C. Pla, el enfoque positivista de la práctica médica se asienta sobre "la negación de la muerte; la represión de la sexualidad, la no implicación de la persona del Médico en el proceso de la enfermedad, la escucha del paciente, no en tanto que sujeto participante, sino -- en tanto que habla a través de él un objeto natural, el cuerpo -- del enfermo; la sumisión del paciente a la autoridad del Médico:

En todo este proceso histórico se manifiesta una progresiva -- separación de Médico y Paciente, tanto por el avance y profundización del conocimiento técnico-médico, como por las mediaciones de la relación entre ambos; contradictoriamente separados por lo que comparte: un vínculo humano y por lo que los diferencia: el saber médico y la enfermedad que se padece.

La relación Médico-Paciente, ya sea en el ámbito del ejercicio liberal de la profesión o en la práctica institucional de la

medicina socializada, es fundamentalmente un encuentro entre dos personas. En donde se considera la relación Médico-Paciente como una "amistad médica" donde uno de los amigos pone su voluntad de ayuda técnica, y el otro aporta su confianza en la medicina y en el médico que le atiende. Es por lo tanto una relación de ayuda unilateral, no de ayuda mutua. Como señala Balint, ese encuentro es el primer acto terapéutico del Médico. Es decir, no importa so lo el medicamento que receta sino la forma como lo receta, la atmósfera en que se lleva a cabo ese encuentro.

La comunicación que ocurre en esa relación incluye la mirada la palabra, el contacto manual y la relación instrumental. La mirada y la escucha son canales bilaterales de la comunicación. En cambio, el uso del contacto manual y a través de instrumentos son del terreno propio del técnico. En otras palabras, el Médico puede penetrar activamente con sus manos y sus instrumentos en el cuerpo ofrecido pasivamente por el enfermo.

El contenido y la forma que adopte la comunicación pueden ser muy variados. La mirada puede significar un pedido por parte del médico. Puede ser una mirada retadora, inquisitiva hacia el cuerpo y el alma del otro. La comunicación verbal por su parte, incluye el significado de las palabras y la forma en que son dichas: el tono de voz, la velocidad, el momento, el lugar, los silencios, además todo el lenguaje gestual.

En esta comunicación intervienen factores que son propios del encuentro y otros que son anteriores, tanto en la vida del Médico como en la del enfermo. Por parte del paciente intervienen--

los motivos que lo han movido a buscar la ayuda médica. Motivos-- tocantes al enfermo mismo, al contorno social que le rodea, por-- último, aquellos concernientes a la elección del médico. Entre -- los que mueven a buscar ayuda médica podemos hacer mención a la-- necesidad de salud que se juega en el plano consciente y en el in-- consciente, a la necesidad de diagnóstico, a la búsqueda de refu-- gio en el médico y/o en la enfermedad, a puede suceder que el pa-- ciente no se sienta enfermo y acuda por motivos administrativos ó exploratorios de tipo preventivo.

Por su parte en la persona del médico pueden intervenir tam-- bién numerosos factores, entre los que se pueden anotar, su modo-- de ser médico, es decir, como siente y como lleva a cabo su prac-- tica profesional. Pero también juega un papel importante su modo-- de ser persona y su disposición hacia el enfermo que va a asistir. Un tercer factor sería la situación es decir, la comodidad o inco-- modidad con la que el clínico ejerce su profesión, su grado de -- gratificación o frustración en su trabajo. Por último, la idea -- que el médico tiene de sí mismo, la confianza en su suficiencia-- técnica y la adecuación a la realidad de su autoimagen. Además in-- terviene la ocasión, es decir, el singular momento en la vida del clínico en que el encuentro se lleva a cabo.

Estos factores que hemos mencionado someramente como parte-- importante del encuentro Médico-Paciente en su calidad de acto te-- rapeutico, no han sido estudiados en profundidad. Como sostiene-- Balint, no contamos con una farmacopea de la "droga doctor", no-- conocemos sus dosis curativas, o de mantenimiento, sus efectos se

cundarios o tóxicos y otros datos de interés para su uso óptimo.

Aún desde una mirada ingenua del ejercicio de la profesión médica percibimos que el galeno es el profesional que se enfrenta con mayor intensidad y frecuencia a la lucha entre vida y muerte. Este enfrentamiento genera angustia, aún considerando sus aspectos de desafío intelectual y de lucha de poder con la propia naturaleza.

Las instituciones médicas han diseñado una serie de mecanismos "racionales" tanto para la formación académica de los futuros médicos como para el ejercicio de la profesión.

Varios autores han destacado el valor y significado que tiene el hecho de que el entrenamiento del médico comience en el estudio de cadáveres. Uno de los efectos logrados con este diseño académico es la despersonalización del paciente y de su cuerpo. Esto se continúa posteriormente con el modelo tradicional de sesión clínica, donde el paciente exhibe su cuerpo doliente y desnudo en un anfiteatro colmado de caras desconocidas y cuerpos masificados detrás de batas blancas.

La jerga médica, refuerza esta despersonalización convirtiendo a un hombre en un "caso". Lo que es más, el hablar de un "caso interesante", no hace referencia al paciente mejores perspectivas de salud sino al que presenta una dificultad de diagnóstico que retarda la capacidad intelectual del médico.

Por otro lado el entrenamiento en el área de las habilidades capacita al médico a usar sus manos como instrumento de detección y reconocimiento. Aprende a desarrollar finamente el tacto perso-

desconectandolo de su correlato afectivo. Es decir, aprende a "tocar sin sentir", un tocar en donde no hay lugar para el esco o la excitación sexual. Se logra despersonalizar así una parte del propio cuerpo del médico. De esta manera se jerarquiza la "racionalidad", en una asepsia valorativa. La variable que se oculta con esta supuesta objetividad, heredada de la filosofía positivista, es el sentir del propio médico.

CARACTERISTICAS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

DEFINICION:

LA RELACION MEDICO-PACIENTE.- Es un encuentro entre dos ó -- más personas, en donde se da una interacción, que está confinada a un componente jerárquico de autoridad, poder y prestigio de una de ellas, y en la que se realice un proceso de negociación, estableciéndose un compromiso entre las exigencias de uno de los integrantes (paciente) y las respuestas del profesional.

CARACTERISTICAS:

1.-ENCUENTRO ENTRE MEDICO Y PACIENTE.

Michael Balint, sostiene que la "Droga" más frecuentemente utilizada en la práctica clínica es el propio médico. Es decir, además del frasco de medicina o la caja de píldoras que el médico receta también importa el modo como las ofrece al paciente y la atmosfera en la cual se desarrolla la entrevista.

Establece que el primer acto terapéutico del médico lo constituyen tres aspectos:

- a) Encuentro Médico-Paciente.
- b) Forma en que se desarrolla.
- c) La atmosfera en que se lleva a cabo.

2.-ESTA CONFINADA A UN COMPONENTE JERARQUICO DE AUTORIDAD, PODER Y PRESTIGIO.

Michael Balint, menciona que la relación Médico-Paciente, se caracteriza por la subordinación de una de las partes hacia la otra una de las partes puede interrogar y referirse a aspectos de la -

vide de la otra, que ésta no puede abordar.

Parsons, sostiene que ésta característica de la relación, se refiere a la experiencia acreditada o autorizada, ó capacidad para -- tratar cuestiones relacionadas con la salud, no toma en cuenta -- las siguientes características cotidianas de la relación. Así éste autor señala las siguientes características que fomentan ésta relación;

- a) Sintomatología
- b) Prescripciones médicas
- c) Sexo
- d) Sistema de organización
- e) Lenguaje
- f) Lugar
- g) Incertidumbre funcional

Waizkin y Stoekle, consideraron que el encuentro es un sistema-- micropolítico en el que el médico utiliza el control de la información, al menos en parte, para conservar ciertos patrones de dominio y subordinación.

3.-COMO UN PROCESO DE NEGOCIACION DE LA REALIDAD ENTRE DOS O MAS PERSONAS:

En el encuentro Médico-Paciente, se lleva a cabo un proceso de negociación de la realidad entre dos o más personas participantes -- con interpretaciones conceptuales en competencia. El carácter científico y "objetivo" observado en este encuentro ha dado lugar a una manifestación del dominio y la posición del médico.

Anderson, menciona que el encuentro es una situación social; es--

un contacto que sucede en un lugar y en el que, por lo general---acontece la evaluación y la explicación.

El lugar conlleva su propio significado y su propia conducta adecuada. A principios del siglo los encuentros se celebraban en el hogar del paciente, a medida que aumentaba el prestigio de la medicina, el lugar del encuentro se transfirió al consultorio, donde la realidad del médico es reforzada por el contexto, el equipo los instrumentos, la enfermera, etc. El encuentro contemporáneo--ocurre dentro de una institución, lo que hace más complejo el encuentro.

El encuentro Médico-Paciente, incluye la presentación de declaraciones, el médico solicita una descripción de los síntomas. El cacter intersubjetivo de la declaración fomenta la calidad de la negociación del encuentro.

Freidson, señala que el médico, determina la duración, el lugar y el momento del encuentro, además de que en general no está sujeto a la evaluación del cliente debido al profesionalismo y a la mistica de la medicina.

4.-ES UNA INTERACCION ENTRE MEDICO Y PACIENTE:

Michael Balint, que el encuentro Médico-Paciente, es un modelo de relación social en el cual opera una doble estructura ideológica:

- a) Una que procede de la propia practica profesional.
- b) Otra que se inscribe dentro del sistema de relaciones de la organización socio-económica en que aparecen la practica y la relación tereapeuticas.

Ambas dimensiones se dan en forma estructurada, pero no concien--

tes y son; los fenómenos de Transferencia y Contratransferencia. La transferencia es un proceso de adjudicación de los inscritos en el mundo interno de cada sujeto.

La transferencia debe ser entendida como la manifestación de sentimientos inconscientes que apuntan a la reproducción estereotipada de situaciones, característica de la situación pasiva.

Esta reproducción está al servicio de la resistencia al cambio, de la evitación de un reconocimiento doloroso, del control de las ansiedades básicas (miedo a la pérdida, miedo al ataque). Este fenómeno aparece como técnica defensiva frente a situaciones de cambio.

Podemos inferir entonces la presencia de situaciones transferenciales en todo tipo de interacción que implica aprendizaje de la realidad.

5.-ES UN COMPROMISO ENTRE LAS EXIGENCIAS DEL PACIENTE Y LAS RES-PUESTAS DEL PROFESIONAL:

Uno de los más importantes efectos secundarios de la "Droga" llamada "Médico" es la reacción que este tenga ante las sugerencias del paciente.

ANTE ESTO SURGEN LAS SIGUIENTES INTERROGANTES:

1.-Como debe responder el médico a las sugerencias del paciente-- para evitar un desenlace indeseable ?

2.-Qué necesita el paciente de su médico, y que obtiene de él en realidad ?

3.-Qué es lo que el paciente no puede conseguir de su médico que lo hace regresar una y otra vez con el fin de obtenerlo ?

4.-Qué es lo que el médico brinda al paciente, que éste no quiere ni necesita ?

Michael Balint, menciona que el paciente reclama en primer lugar ser escuchado, se le de un diagnóstico a su enfermedad y una terapia.

Cuando después de una serie de cuidadosos y concienzudos exámenes se le informa a un paciente que está sano, los médicos esperan -- que el interesado sienta alivio y aún mejoría; pero en buen número de pacientes se obtiene el resultado contrario.

Aparentemente al médico le resulta difícil recordar que el "todo-marcha bien" no es respuesta para las necesidades del paciente.-- La forma de decodificar este mensaje por parte del paciente puede tener modalidades que van desde la fantasía "El médico me ha descubierto una enfermedad tan terrible que no se atreve siquiera a revelarme la realidad", a la sospecha de que la frase "Todo marcha bien", disimula el hecho de que el médico no ha sabido examinarlo y que por lo tanto es inepto.

En la misma manera en la que el paciente se siente imposibilitado de explicar y aceptar sus dolores, temores y privaciones, cuando el médico utiliza la conocida frase "Usted no tiene ninguna dolencia física", el paciente se siente rechazado por el médico, ya que éste último está asumiendo una actitud de rechazo hacia la dolencia que el enfermo le presenta .

En ocasiones la sospecha del paciente es acertada en el sentido-- de que la afirmación "Usted no tiene nada" significa realmente -- que la medicina no puede dilucidar que es lo que anda mal en su caso particular.

Lo que sucede entre el médico y el paciente es una confusión de lenguajes. El médico se esconde detrás de su lenguaje técnico, se protege en su "jerga médica" para ocultar al paciente la limitación del conocimiento tanto personal como de la propia medicina. Anderson y Helm, mencionan que otra ventaja importante que tienen los médicos para controlar y dirigir la negociación de la realidad en su uso del lenguaje.

Con frecuencia se usa el lenguaje para confundir, evitar significados sexuales e intimidar al paciente, así como para reafirmar la experiencia del doctor.

El lenguaje sirve para estructurar las realidades sociales y mediante su expresión se pueden negociar esas realidades. El médico aumenta su poder mediante su acceso y su control al lenguaje "legítimo" de la salud y la enfermedad.

El lenguaje es un medio importante para lograr y conservar el poder y la autoridad en el encuentro Médico-Paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la rotación por la consulta externa de Medicina Familiar en el segundo año del curso de especialización en Medicina Familiar en el Hospital General de Zona No. 29 "Aragón", observé que algunos pacientes que acudían a la consulta, con padecimientos agudos ó crónico degenerativos, no seguían las indicaciones médico terapéuticas adecuadamente, en la mayor parte de los casos-- por que el médico no les daba las indicaciones necesarias y/ó por que el paciente no tenía la suficiente confianza para preguntarse las a su médico, repercutiendo ésta situación en la evolución de su padecimiento.

¿ El tipo de relación Médico Paciente que se da en la consulta externa de Medicina Familiar y no Familiar del Hospital General de Zona No. 29 "Aragón", tiene relación de asociación en los pacientes con padecimientos agudos y/ó crónico degenerativos que no siguen las indicaciones medicoterapéuticas ?.

HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL:

El tipo de relación Médico-Paciente que se da en la consulta externa de Medicina Familiar y no Familiar del Hospital General de Zona No. 29 "Aragón", tiene relación de asociación en los pacientes con padecimientos agudos y/o crónico degenerativos que no siguen las indicaciones médico-terapéuticas.

HIPOTESIS ALTERNA:

La relación Médico-Paciente se relaciona con el seguimiento médico-terapéutico de los pacientes con padecimientos agudos y/o crónico degenerativos.

HIPOTESIS NULA:

La relación Médico-Paciente no se relaciona con el seguimiento médico-terapéutico en los pacientes con padecimientos agudos y/o crónico degenerativos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

1.-Demostrar si influye la relación Médico-Paciente en el seguimiento de las indicaciones médico-terapéuticas en los pacientes de la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 29 "Aragón".

2.-Demostrar si influyen las normas Institucionales en el tipo de relación Médico-Paciente que se da en la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 29 "Aragón".

ANALISIS ESTADISTICO

HIPOTESIS GENERAL:

La relación Médico-Paciente que se da en la consulta externa de - Medicina Familiar y no Familiar del H.G.Z. No. 29 "Aragón", tiene relación de asociación en los pacientes con padecimientos agudos y/ó crónico degenerativos que no siguen las indicaciones medicote~~ra~~peuticas.

HIPOTESIS ALTERNA:

La relación Médico-Paciente se relaciona con el seguimiento médico terapeutico de los pacientes con padecimientos agudos y/ó crónico degenerativos.

HIPOTESIS NULA:

La relación Médico-Paciente no se relaciona con el seguimiento médico terapeutico en los pacientes con padecimientos agudos y/ó -- crónico degenerativos.

TIPO DE ESTUDIO:

Unilateral con región de rechazo hacia la derecha.

NIVEL DE SIGNIFICANCIA:

$\alpha = 0.05$ Z crítico = 1.645

PRUEBA ESTADISTICA QUE VAMOS A UTILIZAR:

- a)-Muestra = de 20.
- b)-Variables nominales.
- c)-Número de grupos 2.
- d)-Número de categorías 2.

- e)-Grado de libertad = 6
- f)-Estadístico de interés ρ
- g)-Prueba estadística χ^2
- h)-Coeficiente de confianza χ^2
- i)-Valor crítico de χ^2
- j)-Criterios de rechazo; de H_0 .

Si χ^2 experimental es $\leq \chi^2_c$. se rechaza.

MATERIAL Y METODOS

1.-DESCRIPCION DE LA POBLACION:

Pacientes que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar y No Familiar en el Hospital General de Zona No. 29 "Aragón".

2.-DEFINICION DE LA POBLACION A ESTUDIAR:

Pacientes de sexo femenino y masculino, de 20 a 60 años de edad, que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar y no familiar.

3.-SELECCION DE LA MUESTRA:

Pacientes que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar y No Familiar del Hospital General de Zona No. 29 "Aragón" en el periodo del 10 de Octubre al 31 de Diciembre de 1986.

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, Descriptivo, Retrospectivo.

METODOS:

Cuestionarios aplicados a pacientes que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar y Médicos Familiares del Hospital General de Zona No. 29 "Aragón".

DISEÑO ESTADISTICO DE LA MUESTRA

Durante el periodo del 10 de Octubre al 31 de Diciembre de 1986-- de los pacientes que acudieron a la consulta externa de Medicina-- Familiar en el Hospital General de Zona No. 29 "Aragón" se seleccionó al azar a 40 pacientes, de los cuales, algunos no seguian-- adecuadamente las indicaciones médico-terapeúticas.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1.-Pacientes femeninos y masculinos de 20 a 60 años de edad que-- regresen a la consulta externa, demandando nueva consulta por no-- presentar mejoría de sus síntomas.

2.-Pacientes que aceptan participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1.-Pacientes que fueron citados por el médico para nueva valora-- ción.

VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES INDEPENDIENTES

I.- Normas Institucionales:

- 1.1.-Atmosfera de la Institución.
- 1.2.-Demanda de Atención.
- 1.3.-Recursos materiales de exploración con que cuenta.
- 1.4.-Equipo humano de trabajo.
- 1.5.-Acceso adecuado a exámenes de laboratorio.
- 1.6.-Cuadro básico de medicamentos.
- 1.7.-Programas preventivos a llevar a cabo.

II.- Tipo de relación Médico-Paciente:

- 2.1.-Atmosfera en que se lleva a cabo.
- 2.2.-Encuentro Médico-Paciente.
- 2.3.-Forma en que se desarrolla.

JUSTIFICACION

Debido que a través de la consulta externa de Medicina Familiar-- se a observado que algunos de los pacientes que acuden a la misma no siguen adecuadamente las indicaciones médico terapeuticas, repercutiendo ésto en una buena evolución de sus síntomas, por lo-- que es importante identificar cual es la causa que los motiva a-- no seguir dichas indicaciones, así como investigar, como es la re-- lación Médico-Paciente en dichos casos y la influencia de ésta.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES E INDICADORES.

VARIABLES	No. DE PREGUNTA	CATEGORIZACION
INDEPENDIENTES		
I.-NORMAS INSTITUCIONALES	////////////////////	////////////////////
1.4.- Atmosfera de la Institución.		Influye
1.2.- Demanda de Atención.	1, 2, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28,	1-2, 4-14.
1.3.- Material de exploración con que cuenta.	29, 30, 31.	
1.4.- Equipo humano de trabajo.		No influye
1.5.- Acceso adecuado a exámenes de laboratorio.		3, 6.
1.6.- Cuadro Médico de residentes.		
1.7.- Programas preventivos a llevar a cabo.		
II.- RELACION MEDICO-PACIENTE.	////////////////////	////////////////////
2.4.- Atmosfera en que se desarrolla.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14,	Influye 1-2, 15-24
2.2.- Encuentro Médico-Paciente.	15, 16, 17, 18, 19.	No influye
2.3.- Formas en que se desarrolla.		23

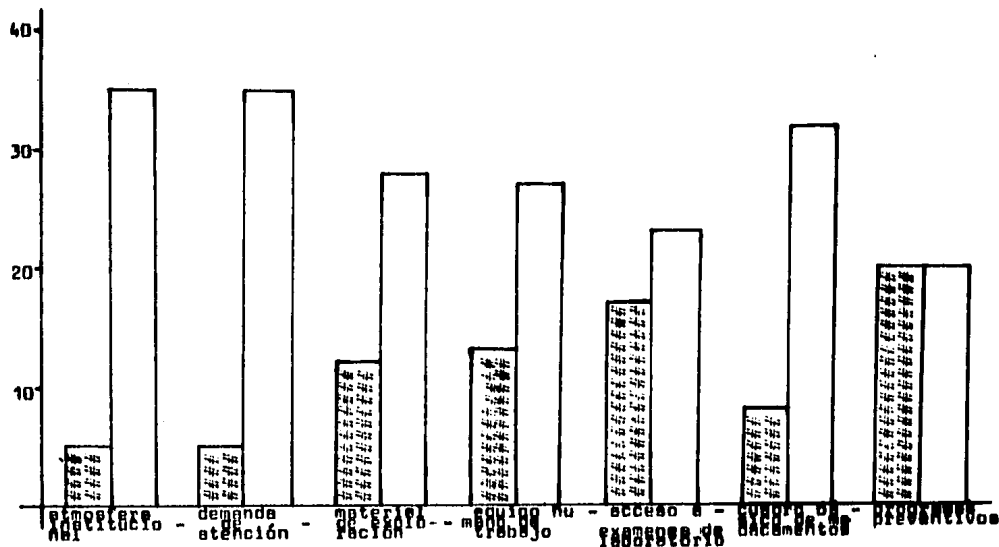
NORMAS INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL H.G. Z. No 25 "ARAGON" DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1988.

CUADRO I

Normas Institucionales	Influye	%	No Influye	%
Atmosfera Institucional	25	100.0	0	0.0
Demanda de Atención	25	100.0	0	0.0
Materiales de exploración con que cuenta	15	60.0	10	40.0
Equipo humano de trabajo	13	52.0	12	48.0
Acceso adecuado a exámenes de laboratorio	12	48.0	13	52.0
Cuadro básico de medicamentos	20	80.0	5	20.0
Programas preventivos a llevar a cabo	20	80.0	5	20.0

Fuente: Entrevistas directas a pacientes.

**NORMAS INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON"
(10 de Octubre al 31 de Diciembre de 1986)**



Influye

No Influye

Fuente: Cuadro I

INDICADORES QUE INFLUYEN EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LA
CONSULTA EXTERNA EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON".

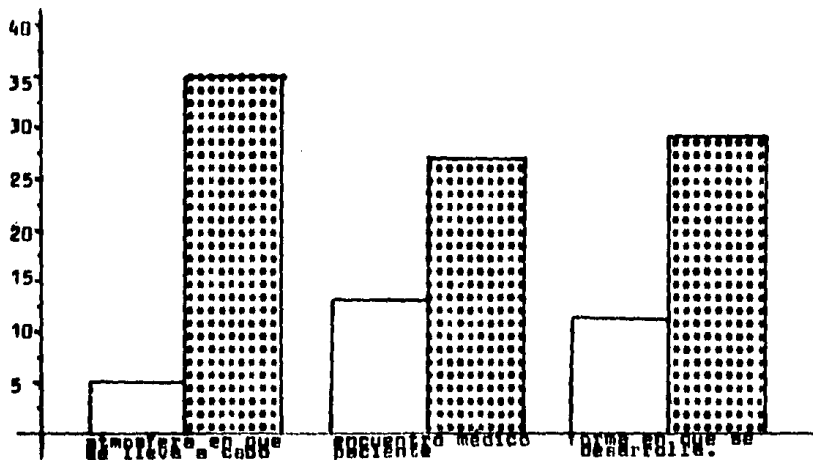
(10 de Octubre al 31 de Diciembre de 1986)

CUADRO II

Relación Médico-Paciente	Influye	%	No Influye	%
Atmosfera en que se lleva a cabo	05	12.5	35	87.5
Encuentro Médico-Paciente	13	32.5	27	67.5
Forma en que se desarrolla	11	25	29	75

Fuente: Encuesta directa
a pacientes.

INDICADORES QUE INFLUYEN EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON".
(10 de Octubre al 31 de Diciembre de 1986)



Influye.

No Influye

Fuente: Cudro II

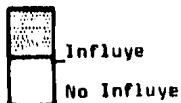
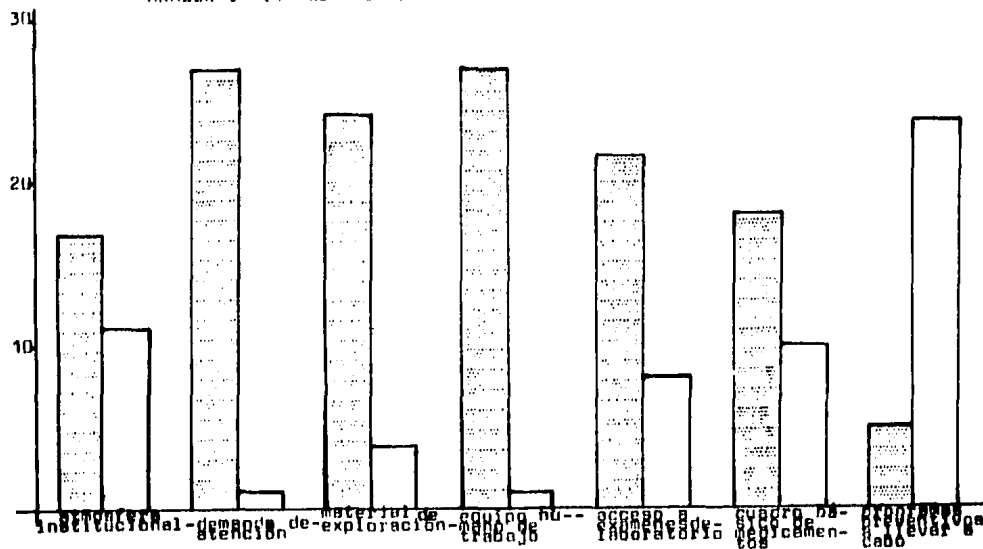
NORMAS INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LA CONSULTA INTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL --- H.G.C. "n 29 "ARAGON" DEL 10 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 1986.

CUADRO III

Normas Institucionales	Influye	%	No Influye	%
Atmosfera Institucional	17	69.7	11	39.3
Demanda de Atención	27	69.0	11	3.5
Materiales de exploración con que cuenta	24	69.0	11	39.4
Equipo humano de trabajo	22	69.0	11	3.5
Acceso adecuado a servicios de laboratorio	19	67.0	10	32.1
Cuadro básico de Medicamentos	18	64.2	10	35.8
Programas Preventivos a llevar a cabo	25	17.0	23	82.1

Fuente; Encuesta directa a Médicos Familiares.

**NORMAS INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE
 EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL H.G.Z.A. No.29
 "ARAGON". (10 de Octubre al 31 de Diciembre de 1986)**



Fuente: Cuadro 111

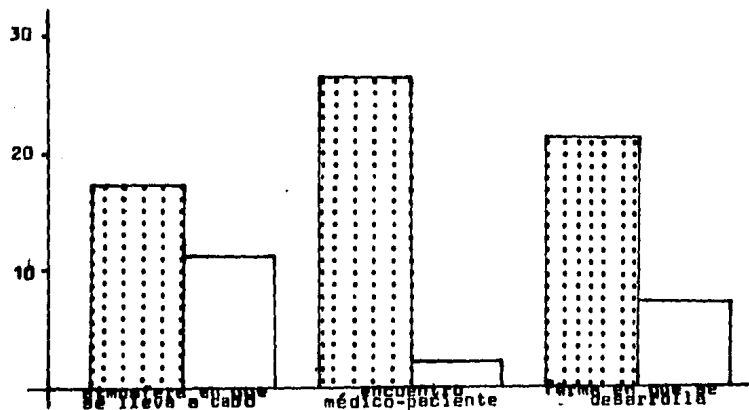
INDICADORES QUE INFLUYEN EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON".
(10 de Octubre al 31 de Diciembre de 1986)

CUADRO IV

Relación Medico-Paciente	Influye	%	No Influye	%
Atmosfera en que se lleva a cabo	17	60.7	11	39.3
Encuentro Medico-Paciente	26	90.7	02	9.3
Forma en que se desarrolla	21	75	07	25

Fuente; Encuesta directa a Médicos Familiares.

INDICADORES QUE INFLUYEN EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL H.G.Z. No. 29 "ARAGON".
 (10 de Octubre al 31 de Diciembre de 1986)



Fuente: Cuadro IV

RESULTADOS

De los 40 pacientes entrevistados en la consulta externa de Medicina Familiar del 19 de Octubre al 31 de Diciembre de 1986 se obtuvieron los siguientes resultados; encontrando que las Normas -- Institucionales así como la relación Médico-Paciente no influyen en el seguimiento de las indicaciones médico terapéuticas.

De los Indicadores que se investigaron para valorer la relación-- Médico-Paciente, fueron 10 de los cuales se sacó un porcentaje de su influencia y no influencia sobre la relación Médico-Paciente.

Los indicadores se encuentran mencionados en el cuadro I,

De la atmosfera institucional encontramos que influye en un 12.5% y no influye en 87.5 % de los pacientes.

La atención médica, influye en un 12.5% de los pacientes y no influye en 87.5%, El material de exploración con que cuenta, influye en un 30%, y no influye en 70%, comentando algunos de los pacientes que es insuficiente y repercute en una buena exploración. El equipo humano de trabajo, influye en un 32.5%, no influye en 67.5%, refiriendo los pacientes que en ocasiones no hay quien los atienda al llegar a solicitar una consulta, y que el número de médicos Familiares que hay en la unidad es insuficiente para atender la gran demanda de consulta que hay. La adecuado acceso a exámenes de laboratorio, influye en 32.5%, no influye en 67.5%, refiriendo los pacientes a esto que su médico no les solicite exámenes de laboratorio aunque estén muy mal, esto a consideración de los pacientes. El cuadro básico de medicamentos influye en un 8% y no influye en 92% refiriendo algunos de los pacientes que siempre--

les dan lo mismo "Penicilina".

Los programas preventivos influyen en un 50% y no influyen en 50% para este indicador los pacientes comentan que no todos los médicos les informan de los programas preventivos existentes y que algunos hasta les regañan por no acudir a medicina preventiva.

Con lo anterior podemos inferir que las normas institucionales-- así como la relación Medico-Paciente tienen poca influencia en los pacientes para el adecuado seguimiento de las indicaciones -- médico terapéuticas.

En el cuadro II, se encuentran los resultados obtenidos al cuestionar a Médicos Familiares.

De 40 Médicos Familiares que hay en la consulta externa de Medicina Familiar del H.G.Z. NO. 29 "Aragón" se les aplicó cuestionario, de los cuales solo lo entregaron 28, por lo que la muestra de estudio es de 28.

Así obtuvimos los siguientes resultados;

La atmósfera institucional influye en 60.7%, y no influye en --- 39.3%, La demanda de atención influye en 96.5% y no influye en --- 3.5%, argumentando que es demasiada la población adscrita a cada uno de los consultorios. El material de exploración proporcionado por la institución es insuficiente, influyendo así en un 89.6% y no influye en 10.4%. El equipo humano de trabajo, influye en un 96.5%, no influye en 3.5, refiriendo no es el número adecuado de médicos para la población adscrita a la Unidad. El acceso a exámenes de laboratorio influye en 67.9% y no influye en 32.1% infiriendo que influye, por el tiempo que tardan en entregar resultados.

ANALISIS ESTADISTICO

NORMAS INSTITUCIONALES	INFLUYE	NO INFLUYE	TOTAL
ATMOSFERA INSTITUCIONAL	24.6	8.9	
	17	11	28
DEMANDA DE ATENCION	24.6	8.9	
	27	1	28
MATERIAL DE EXPLORACION CON QUE CUENTA	24.6	8.9	
	24	4	28
EQUIPO HUMANO DE TRABAJO	24.6	8.9	
	27	1	28
ACCESO ADECUADO A EXAMENES DE LABORATORIO	24.6	8.9	
	19	9	28
CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS	24.6	8.9	
	18	10	28
PROGRAMAS PREVENTIVOS A LLEVAR A CABO	24.6	8.9	
	5	23	28
TOTAL	137	59	196

$$\chi^2 = \frac{\sum \frac{e^2}{1-1}}{1-1} = \frac{(O_1 - E_1)^2}{1-1}$$

$$\chi^2_{exp.} = 61.11 \quad \chi^2_c = 10.64$$

$$g_L = 6 \quad \alpha = 0.05$$

Criterio de rechazo de H_0 . Si $\chi^2_{exp.} = 6 < \chi^2_c$ se anula.

$\chi^2_{exp.} = 61.11 > \chi^2_c$, por lo que este estudio no tiene significancia estadística y podemos decir que las normas institucionales no influyen en la relación Médico-Paciente.

ANALISIS ESTADISTICO

NORMAS INSTITUCIONALES	INFLUYE	NO INFLUYE	TOTAL
ATMOSFERA INSTITUCIONAL	11.4 5	28.5 35	40
DEMANDA DE ATENCION	11.4 5	28.5 35	40
MATERIAL DE EXPLORACION CON QUE CUENTA	11.4 12	28.5 28	40
EQUIPO HUMANO DE TRABAJO	11.4 13	28.5 27	40
ACCESO ADECUADO A EXAMENES DE LABORATORIO	11.4 17	28.5 23	40
CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS	11.4 8	28.5 32	40
PROGRAMAS PREVENTIVOS A LLEVAR A CABO.	11.4 20	28.5 20	40
TOTAL	80	200	280

$$\chi^2 = \frac{\sum^2}{i-1} = \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

$$\chi^2_{\text{experimental}} = 24.74$$

$$\chi^2_c = 10.64$$

$$gl = 6 \quad \alpha = 0.05$$

Criterios de rechazo de H_0 . Si $\chi^2_{\text{experimental}} = 6 < \chi^2_c$.

$\chi^2_{\text{experimental}} = 24.74 > \chi^2_{\text{critica}}$ por lo que no tiene significancia estadística y podemos decir que no existe relación en la relación Medico-Paciente y las Normas Institucionales.

ANALISIS ESTADISTICO

RELACION MEDICO-PACIENTE	INFLUYE	NO INFLUYE	TOTAL
ATMOSFERA EN QUE SE LLEVA A CABO	21.3 17	6.6 11	28
ENCUENTRO MEDICO-PACIENTE	21.3 26	6.6 2	28
FORMA EN QUE SE DESARROLLA	21.3 21	6.6 7	28
TOTAL	64	20	84

$$\chi^2 = \frac{\sum^2}{i-1} = \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

$$\chi^2 \text{ experimental} = 7.18 \quad \text{y} \quad \chi^2 \text{ c} = 4.60$$

$$gl = 2$$

Criterio de rechazo de H_0 .

$$\text{Si } \chi^2 = d < \chi^2 \text{ c.}$$

$\chi^2_{\text{exp.}} = 7.18 > \chi^2 \text{ c}$ por lo que no tiene significancia estadística por lo que podemos decir que lo anterior no influye en la relación Médico-Paciente, o que la muestra es insuficiente para el estudio.

ANALISIS ESTADISTICO

RELACION MEDICO-PACIENTE	INFLUYE	NO INFLUYE	TOTAL
1- ATMOSFERA EN QUE SE LLEVA A CABO	9.6	30.3	
	5	35	40
2- ENCUENTRO MEDICO-PACIENTE	9.6	30.3	
	13	27	40
3- FORMA EN QUE SE DESARROLLA	9.6	30.3	
	11	29	40
TOTAL	29	91	120

$$\chi^2 = \frac{\sum f^2}{i-1} = \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

χ^2 experimental = 4.15 y χ^2_c = 4.60

gl = 2

Criterio de rechazo de H_0

Si $\chi^2 = 6 < \chi^2_c$ se rechaza.

$\chi^2_{exp.} = 4.15$ χ^2_c por lo que este estudio si tiene sig nificancia estadística, y podemos decir que 1, 2, y 3 si influyen en el tipo de relación Médico-Paciente.

Cuadro básico de medicamentos influye en 64.2%, no influye en -- 35.8% refiriendo a esto el médico que el paciente le sugiere ó por que no le da otro medicamento.

Programas preventivo a llevar a cabo influyen en 19.9% y no influyen en 82.1%, De la relación Médico-Paciente, la atmosfera en que se lleva a cabo influye en 60.7%, y no influye en 39.3%. El encuentro Médico paciente influye en 90.7% y no influye en 9.3%, refiriendo el médico es lo más importante. La forma en que se desarrolla influye en 75% de los casos y en 25% no influye.

Con esto llegamos a la conclusión de que para el médico es de gran importancia la influencia que tienen las normas institucionales y la relación Médico-Paciente, para un buen seguimiento de las indicaciones médico terapeuticas por parte del paciente.

CONCLUSIONES

Del análisis estadístico de este estudio podemos inferir que no-- existe una relación estadística significativa, sin embargo no carece de validez ya que probablemente nuestros resultados estadísticos obtenidos pudieron deberse a 2 causas; Una que la muestra del estudio fué insuficiente, y segundo que el cuestionario aplicado tanto a médicos como a pacientes carecían de una validez estadística.

Sin embargo considero que la relación Médico-Paciente es el acto-terapéutico más importante en el actuar médico por lo que espero que este estudio sirva de estímulo y de inicio para estudios posteriores, los cuales deberá tenerse cuidado en los 2 errores antes mencionados, que probablemente fueron en los que caí.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arnold M. Epstein, William C. Taylor, George R. Seage.
Effects of Patients Socioeconomic Status and Physicians Training and Practice on Patient-Doctor Communication. The American Journal of Medicine Vol 78 pag 101 Januari 1985.
- 2.-Howard Waitzkin Doctor-Patient Communication. Jamma Vol 252---
No. 17 pag. 2441-46 Nov. 1984.
- 3.-Jack D Mc. CUE. MD Influence of Medical and Premedical Education on Important Personal Qualities of Physicians. The American Journal of Medicine Vol. 78 pag. 985-90 June 1985.
- 4.-J. Carlos Pla. Formación Psicológica del Médico.
- 5.-Leda Dats. La relación Médico-Paciente, La entrevista clínica.
- 6.-Michael Balint. La relación Médico-Paciente.
- 7.-Simposium. El enfermo en la Historia de la Medicina.
Revista Médica del IMSS Vol. 119 - No.8 Agosto 1983.