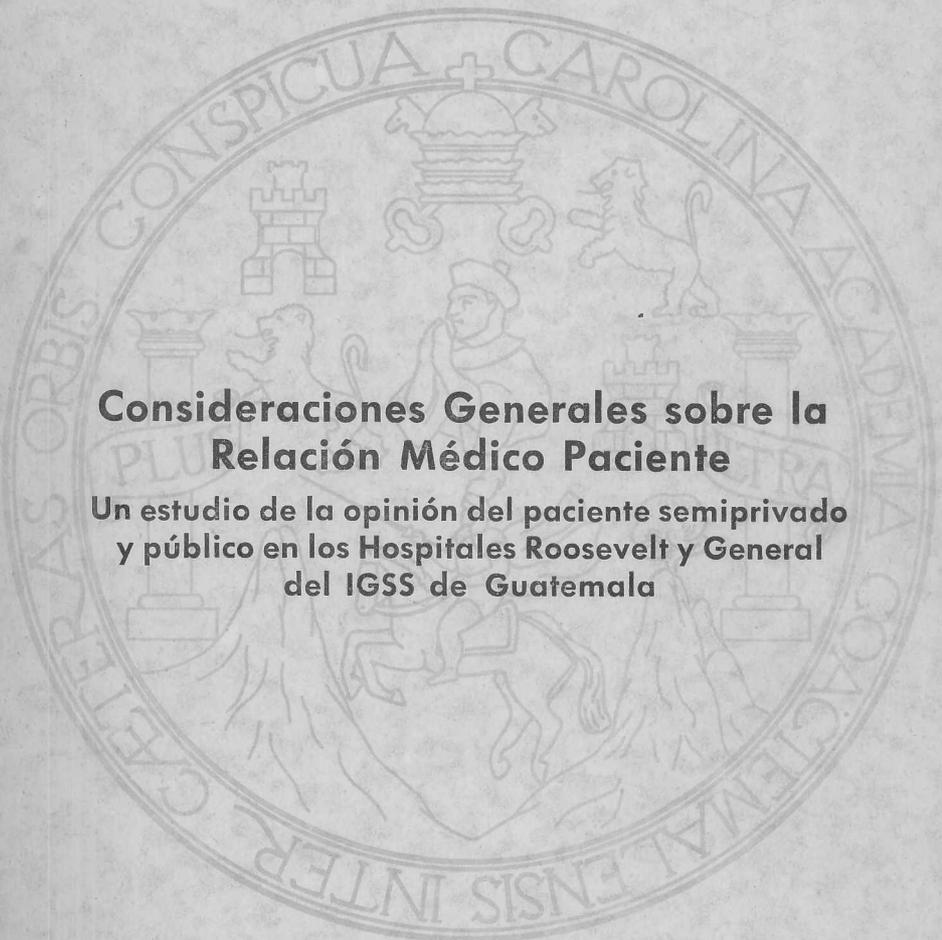


DUP
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

C3



**Consideraciones Generales sobre la
Relación Médico Paciente**

Un estudio de la opinión del paciente semiprivado
y público en los Hospitales Roosevelt y General
del IGSS de Guatemala

EDDUYN ARIEL FIGUEROA GRACIAS

1970

PLAN DE TESIS

- I. Introducción:
 - a) Generalidades
 - b) Motivos
 - c) Objetivos
- II. Definición:
 1. Concepto base
 2. Justificación
- III. Revisión de antecedentes:
 1. Nacionales
 2. Extranjeros
- IV. Consideraciones Históricas
- V. Aspectos legales y éticos
- VI. Factores, características y condiciones de la relación médico/paciente:
 1. Factores: a) ambiente, b) paciente, c) médico.
 2. Características y Condiciones
- VII. Importancia en la Educación Médica.
- VIII. Materiales y métodos:
 1. Material (Características, descripción del cuestionario, prueba, final)
 2. Métodos y aplicación.
 3. Descripción de la Muestra.
- IX. Resultados y Discusión.
- X. Conclusiones
- XI. Recomendaciones
- XII. Glosario.
- XIII. Bibliografía.

1- INTRODUCCION

1.- Generalidades

Este trabajo de tesis contiene una "escala de actitudes" o encuesta de opinión realizada con el fin de comprobar, en líneas generales, la manera en que la relación del médico con el paciente, se desarrolla en nuestro medio; al mismo tiempo se investigan los factores y las causas que determinan tal relación, incluyendo consideraciones que puedan ayudar en el futuro, a mejorarlas.

Hemos tomado en cuenta las implicaciones sociológicas, antropológicas, culturales, psicológicas, económicas, éticas y propiamente médicas, que están involucradas en la relación médico-paciente y hemos tratado de dar un enfoque imparcial a la opinión recabada.

2.- Motivos:

La necesidad de la investigación de las relaciones médico-paciente surgió en mí del diario trato con los enfermos en la Consulta Externa de los hospitales. Ya desde los inicios de la carrera cuando éramos enfrentados al paciente para tomarle una historia clínica, con los conocimientos técnicos necesarios pero, sin saber cómo establecer el contacto con él, cómo desarrollar la entrevista y sintiendo muchas veces inseguridad, vergüenza o indecisión, se planteó esta inquietud.

Fui observando con el tiempo que los más capacitados de mis maestros poseían una cultura más amplia que los conocimientos en medicina y eran más comprensivos y humildes frente al paciente; les escuchaban, era importante para ellos lo que referían, los infundían aliento para tolerar su condición física y, quizás lo más importante, les proporcionaban amplia información sobre su proceso patológico y su pronóstico. De aquí surgió la idea de establecer si esta era la forma de alcanzar mejores resultados.

Entiendo que gran parte del éxito que se alcance en el proceso terapéutico, depende de la confianza que el médico pueda brindar al paciente y que gran parte de esta seguridad procede de los años de laborioso estudio del hombre y su problema vital, de la sociedad y de la angustia de su destino.

3.- Objetivos: La presente tesis persigue:

- a) Determinar el estilo en el que se llevan a cabo las relaciones médico pacientes y las características de una relación ideal en las áreas semiprivada y publica.
- b) Establecer inferencialmente la repercusión de las relaciones médico paciente en la efectividad del servicio prestado (satisfacción del médico y el paciente).
- c) Determinar las diferencias de efectividad en relación a los estilos empleados en cada área.
- d) Investigar, hasta donde sea posible, las modificaciones conductuales del paciente como consecuencia de su relación con el médico (cooperación del paciente en el proceso terapéutico, motivación a introducir cambios en su forma de vida, etc.).
- e) Averiguar la importancia de la relación médico paciente en la rapidez del proceso terapéutico y sus implicaciones institucionales.
- f) Determinar inferencialmente el grado de influencia de las costumbres, creencias y estructuras mentales del paciente en su relación con el médico, tratando de establecer cuales son las barreras que el médico afronta al establecer contacto con el paciente.
- g) Demostrar la necesidad de la enseñanza de las relaciones interpersonales en la educación médica, para lograr el mejor ejercicio profesional.
- h) Encontrar las causas que determinan (de existir) el escaso éxito de la relación médico paciente en Guatemala.

II. DEFINICION:

1. Concepto base

Un intento de definición de lo que son las relaciones humanas, puede ser el siguiente: todo lo que ocurre entre dos o más personas cuando éstas entran en contacto, cualquiera que sea el propósito de esa interacción.

Para nuestro trabajo, podemos advertir que lo que nos interesa es el contacto de dos personas: 1) el hombre enfermo que demanda ayuda de 2) "otro hombre capacitado humana y técnicamente para presentársela"

2. Justificación:

Nuestras instituciones encargadas de fomentar, preservar y restablecer la salud, como Hospitales públicos y semiprivados, han perdido prestigio, dada la "mala atención" que el público asegura recibir, evaluando con esa expresión, el escaso respeto a su dignidad humana, atribuyendo esa actitud institucional a su escasez de recursos económicos y la necesidad de atención gratuita.

Para nosotros que hemos sido educados en los hospitales nacionales, es más fácil juzgar imparcialmente si la atención que se le presta al paciente, sería la que desearíamos recibir nosotros si estuviéramos en su lugar. Es indudable que existen muchos factores para que en opinión del público, la atención hospitalaria sea mala; tal el caso de la comida de pésimo sabor y baja calidad nutritiva, la demora de los departamentos de rayos "X", el complicado sistema de clasificación, etc. Pero lo importante para nosotros en este estudio, es la opinión que la persona obtiene del aspecto humano del trato que recibe. Determinar hasta qué punto se obtiene satisfacción de ese trato y si ese un elemento importante para el proceso terapéutico, son nuestros propósitos.

Es indudable que tampoco intentamos aquí dirimir el conflicto planteado por Ashley y Horsfall (5) entre la prevalencia de una buena relación con el paciente, sobre un acervo científico extenso, o viceversa. Ambos elementos son tremendamente importantes y no se excluyen, ni se contradicen.

Será el reconocimiento consciente o intencional de los valores que hagan nuevamente valiosa y satisfactoria la relación del médico con el paciente, lo que determine en el futuro el éxito de la profesión médica y lo que restituya el prestigio de ella, para que la comunidad sienta estimación y encuentre cumplidas sus esperanzas puestas en el médico.

Es fácil comprender la repercusión en el éxito profesional, del buen entendimiento del médico con su paciente, pero es innegable que existen elementos ambientales o psicológicos que

pueden causar en el médico fastidio, desaliento o ira, tales como la cultura del paciente, su necesidad de ayuda expresada muchas veces con ironía o con odio contra la sociedad, su misma higiene y algunas veces hasta su condición patológica en sí (neurosis, úlceras fétidas, etc.).

El presente trabajo es una contribución al estudio de este campo de la medicina, que ha sido inexplicablemente relegado del trato con las otras materias del currículum y, lo que es peor, de la diaria tarea del médico, hastiado de hablar con su paciente, ya que él sólo posee conocimientos de medicina abstracta. Creemos que los anteriores comentarios justifican plenamente nuestro aporte.

III. REVISION DE ANTECEDENTES

1. Nacionales:

Entre las publicaciones guatemaltecas revisadas, encontramos, del Dr. Carlos Federico Mora, una conferencia pronunciada en el Hospital Herrera Llerandi el 19 de abril de 1968 (54), trabajo que contiene un estudio de las relaciones "Médico-enfermo" a través de la historia y un breve análisis antropológico de los problemas que el ejercicio profesional afronta en nuestro ambiente.

También contamos entre los trabajos las obras nacionales, con la publicación del Dr. Ricardo Ponce Ramírez (36) en el cual analiza los factores que determinan una exitosa relación médico paciente, tales como: la transferencia, la contratransferencia, la resistencia, la empatía, la comodidad del paciente y la capacidad de guardar silencio del médico.

2. Extranjeras:

En cuanto a la literatura mundial, encontré específicamente un encabezado en el Index Medicus sobre la relación médico paciente, y gracias a la colaboración de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, logré obtener reimpresos de artículos que no se encontraban en ella.

Arnhold, Rainer y Pike (3) realizaron un interesante estudio titulado "Patient and prescription: Understanding Medical Instructions", en el cual plantean el difícil problema de hacer comprender al paciente de la manera más gráfica, que le permita recordar la forma en que debe tomar la medicina. Encontraron que la comunicación con el paciente en el dispensario Mulgo Hill, de Uganda, deja mucho que desear, ya que la cuarta parte de los pacientes ignoraron la forma de administrar la medicina a sus hijos.

Bordia (6) hace énfasis en las cualidades del médico para lograr una mejor relación con el paciente, apuntando anécdotas personales que pueden ser útiles para comprender la dinámica de la comunicación. Señala valiosos principios que son dignos de tomarse en cuenta en la diaria práctica de la medicina.

Arvind Shan (42) de Bombay, hace un estudio histórico de las relaciones médico paciente y apunta los cambios que ha sufrido el secreto profesional y la libertad del médico para tomar sus propias decisiones.

Garner (17) señala la forma práctica en que debe ser realizada la entrevista, con alusiones a la historia clínica y a la manera en que puede lograrse un mejor interrogatorio por sistemas, sin inducir al paciente a que manifieste lo que nosotros deseamos encontrar. Señala al mismo tiempo cómo establecer un tratamiento con la cooperación del paciente.

Barbara Korsh, en su estudio "Gaps in Doctor-Patient Communication" (5), se propone estudiar en una forma científica el "arte de la medicina", confirmando en forma muy interesante nuestra tesis, al reconocer que recientemente la comunidad de testimonios diarios del descontento, con los cuidados del médico y que "especialmente existe cierta actitud crítica hacia la falta de calor y humanidad en el tratamiento con el médico". Incluye también la falta de comprensión y aceptación del paciente de los consejos del médico, basada en el análisis de los pacientes que entrevistó. Señala que existe una relación "entre la naturaleza de la comunicación verbal entre el doctor y el paciente y la consecuente satisfacción y respeto a la prescripción médica".

Francis Vida y otros (14) investigaron ochocientos pacientes por medio de entrevistas grabadas en cintas magnetofónicas, con el fin de establecer "la percepción de la madre y sus experiencias subjetivas; lo que espera de la visita del

médico; la satisfacción en la visita y su adaptación a las prescripciones dadas por el médico". La hipótesis de estudio consistió en que los atributos de la interacción entre médicos y pacientes (en pediatría los padres) influencia a la reconsulta, como se puede determinar a través de la satisfacción, seguridad y adaptación". Confirmaron los otros reportes, señalando que según sea el grado en el cual se conoce lo que el paciente espera del médico, así es la influencia que puede lograrse en la satisfacción con la visita del médico. Encontraron que 76 o/o de los entrevistados estuvieron satisfechos con la visita del médico y 24 o/o se mostraron inconformes.

Antes de entrar en el trabajo de campo, revisamos algunos libros en relación a los contenidos psicológicos y situacionales de importancia para la relación médico paciente, entre los cuales podemos citar a Donald Hebb (21), y James Whittaker (51), quienes en sus tratados de psicología, estudian ampliamente la personalidad humana, la conducta, los mecanismos y reacción y la forma de comportamientos al variar las situaciones y la técnica de la entrevista. Esta información fue muy valiosa, tanto en la clarificación de conceptos, como en el procedimiento a seguir, durante el trabajo de campo.

Es importante mencionar la obra de Harry Sullivan (44), el primero de los terapeutas que dio un enfoque social a la psiquiatría, enfocando la atención hacia el papel que desempeña en la vida del hombre, la interacción con sus semejantes, Ya desde los primeros años de nuestra vida, estamos sometidos al influjo del grupo familiar que va imprimiendo en nuestra conducta los patrones sociablemente aceptables, vigentes en la época que nos toca vivir. De igual modo, la interacción con el médico se realiza en cada persona en modo distinto, dadas sus experiencias vitales, que han determinado su patron de conducta.

Sullivan postula que la neurosis produce una relación interpersonal distorsionada, y basa su técnica terapéutica en la "relación". Señalando como directrices de la misma, la restitución del paciente a una satisfacción social como resultado de una saludable dirección y educación por parte del médico.

Por último, para garantizar al máximo el éxito de nuestro trabajo de campo, revisamos alguna bibliografía en busca de la mejor técnica para la eficiencia de una encuesta y la elaboración de nuestro instrumento de recolección de datos, entre los cuales se destacan: la obra de Best (56) "Como investigar en educación", la cual contiene valiosa información acerca de las

técnicas que se emplean al efectuar un trabajo de investigación, haciendo mención a la forma más adecuada de elaborar un cuestionario; y la obra de Willian Goode (20, que contiene los aspectos más relevantes de las técnicas utilizadas en la investigación social.

IV. CONSIDERACIONES HISTORICAS

En cuanto a las transformaciones que el proceso terapéutico ha sufrido a través del tiempo, señalaremos brevemente que desde los inicios de la medicina, el hombre primitivo recurría a los brujos o chamanes para que por medio de la sugestión, logran cambios en el enfermo, tales como la salida de espíritus maleficos de su organismo. Es de reconocer que para que ese influjo se produjera, debía ser muy estrecha y poderosa la relación entre el enfermo y el brujo.

Más tarde, en los inicios de la historia de Babilonia, Heródoto nos relata un episodio en el cual se encuentra la especial preferencia que a las comunicaciones interpersonales daban ya esos pueblos: "Traen a sus enfermos al mercado porque no tienen médico; entonces los que pasan al lado de la persona enferma, conferencian con él acerca de su enfermedad, para descubrir si ellos han sufrido de la misma enfermedad que la persona enferma, o han sabido de otros que se hayan visto afligidos por por ella. Así, los transeúntes conferencian con él; le recomiendan que recurra al mismo tratamiento por el cual han escapado de una enfermedad semejante, o han sabido que otras personas se hayan curado". (16).

Alrededor del año 2000 A. C. aparece en Babilonia el código de Hamurabi, en el cual se encuentran plasmados algunos aspectos éticos y legales del ejercicio profesional del médico incluyendo castigos, tales como la amputación de brazos, manos o dedos a cirujanos poco cuidadosos que hubieran causado la muerte a sus pacientes durante la intervención quirúrgica; también estipula los honorarios del médico al tratar a un esclavo o a un hombre libre.

En Egipto también se encuentran conceptos legales para el ejercicio de la medicina en los libros herméticos de Thoth (Dios

de la luna, el equivalente de Apolo, deidad protectora de la medicina), al punto que "Si la muerte de cualquier enfermo era la desviación de estas reglas de tratamiento, ésto era considerado como un crimen de gran trascendencia".

Al llegar a Grecia encontramos, además de la sistematización del estudio de la medicina, la más alta expresión de los principios éticos que deben guiar al médico en el ejercicio de su profesión, y que aparecen resumidos en el juramento de Hipócrates, el cual aún tiene plena vigencia en nuestros días, con algunas modificaciones introducidas en congresos internacionales celebrados en Ginebra.

Hay testimonios de que en los inicios del cristianismo varió notablemente la relación del médico con el paciente, al introducir en ella el principio de Cristo del amor al prójimo. Y así se borraron las diferencias socioeconómicas que habían prevalecido en las etapas anteriores y ya no existía un trato distinto para el hombre libre y el esclavo, ya que todos eran, por igual, seres humanos.

Es interesante hacer notar que en un texto de Orígenes (54) hay alusiones a una técnica terapéutica equivalente de nuestra psicoterapia, basada en conceptos morales y religiosos, apelando a la fe en Dios para curarse.

Durante la edad media comienza a practicarse la medicina por el clérigo secular y regular, poseedor en ese entonces de los tesoros culturales, y también empiezan a aparecer médicos seculares colegiados en lo que serán durante el renacimiento las facultades de medicina en Bolognia, Paris, Oxford, Montpellier y otras. El médico a quien se encomendaba el tratamiento de un paciente, tenía que estipular previamente sus honorarios y prestar fianza; si el enfermo moría, el médico no tenía derecho a cobrar sus honorarios, pero se le devolvía la fianza. En España el Fuero Juzgo afirmaba que "Si algún físico sangrara a algún hombre libre, si enflaqueciera por sangría, el físico debe pagar cien o cincuenta sueldos".

Ulteriormente, poco antes del renacimiento, aparece la primera legislación de orden médico, regulando las condiciones que debía llenar el que se dedicara a la práctica de la medicina.

En nuestros días se han introducido variantes en cuanto al secreto profesional, a cambio de los deberes que el médico tiene para con el Estado y la comunidad, tal el caso del aborto criminal, enfermedades venéreas, impedimentos graves del

desempeño de labores delicadas, como el caso de la epilepsia, etc.

En la época actual por otra parte, la relación médico-paciente está encarando nuevos problemas como los que la tecnificación, especialización y socialización de la medicina. Ello plantea que el paciente sea colocado ante una medicina impersonal, ya que las que hacen el diagnóstico son las máquinas y éstas no lo pueden auscultar ni satisfacer emocionalmente. De igual modo, al socializar el servicio médico se pierde la capacidad de elegir al médico, ya que éste es asignado a un número determinado de pacientes; el paciente pierde responsabilidad de su propia enfermedad, para recaer por completo en el Estado o el seguro social la obligación de mantener sano al ciudadano-paciente. La especialización ha fragmentado el conocimiento del hombre, atribuyendo en general la enfermedad al funcionamiento de un órgano o sistema, olvidando el contexto de la persona humana que está enferma.

Creemos necesario mostrar una revaloración o actualización del concepto fundamental del hombre, para que el ejercicio de la medicina pueda seguir cumpliendo con los designios éticos que la comunidad ha esperado de él, con el máximo de satisfacción por parte del enfermo, y con el mejor rendimiento por parte del médico.

Creemos importante establecer también, que a la par del conocimiento de la materia médica, debe ir el reconocimiento del valor humano y el respeto de su individualidad, para poder cumplir a cabalidad la función terapéutica, y de que el tiempo que le dediquemos al estudio de la forma más adecuada de acercamiento al paciente y la manera de establecer una mejor comunicación con el, será de valiosa ayuda para practicar con éxito la medicina.

V. ASPECTOS LEGALES Y ETICOS:

Nos falta contemplar otro aspecto de las relaciones médico-paciente, e punto de vista ético y legal.

Al entrar en contacto dos o más personas, con los más

diversos propósitos, la sociedad ha establecido ciertas normas de conducta que involucran principios de orden moral; valores absolutos que aseguran la conservación del valor de la persona humana, su integridad física y espiritual, y permiten la equidad y justicia entre las partes que intervienen.

De este modo, también en la práctica de la medicina existen normas basadas en los principios antes mencionados, que tienden a realizar el ideal del ejercicio médico: la conservación de la vida del hombre, con la mayor satisfacción y productividad del mismo al ajustarse a las condiciones del medio. Y como lo expresa Luis Razetti "Conservar la existencia dentro de los límites compatibles con el equilibrio de los cambios orgánicos, que es lo que se llama salud" (46).

La deontología médica, o sea el estudio de los deberes y obligaciones del médico, comprende la regulación de la conducta del médico para con "sus enfermos, para con nuestros colegas y para con la sociedad". (46).

Aunque en la actualidad la imagen del médico haya perdido decoro por haberse identificado el ejercicio de la profesión con el lucro desmedido y en algunos casos hasta con el "menoscabo de la dignidad humana" ésta está imbuida de las más relevantes virtudes humanas, ya que el campo de su acción es la vida misma y el hombre, en su dimensión de constructor del universo.

Es el refortalecimiento de las virtudes individuales propiamente humanas, lo único que puede devolver la confianza al paciente y restaurar la estima social del médico. Eso no se puede adquirir en un aula universitaria, sino es el producto de una educación familiar bien dirigida y un esfuerzo consciente de superación permanente.

Según Luis Razetti (46) "El secreto médico es el principio fundamental de la deontología médica"; se basa en el precepto hipocrático "Lo que yo vea u oiga en el ejercicio de mi arte o fuera de mi ministerio y que no debe ser divulgado, lo consideraré como un secreto y me callaré". En su aplicación práctica y en el campo legal ha presentado algunas controversias. Tal el caso de divulgar el diagnóstico de un epiléptico que conduce un vehículo de transportes, y que pone en peligro la vida de los pasajeros; o el caso de la denuncia de enfermedades infecciosas y hereditarias que determinen alguna degeneración en

la prole como se dá en las consultas prematrimoniales de ambos cónyuges.

Muchos otros principios éticos en la profesión se encuentran recopilados en el juramento de Hipócrates y que transcribimos a continuación:

"Juro por Apolo médico, por Asclepios, Higia y Panacea, y pongo por testigos a todos los dioses y a todas las diosas, cumplir, según mi poder y mi razón, el juramento cuyo texto es el siguiente:

"Estimar igual que a mis padres a aquel que me enseñó este arte, hacer vida común con él, y si es necesario, dividir con él mis bienes; considerar a sus hijos como mis propios hermanos, enseñarles este arte, si necesitan aprenderlo, sin salario ni promesa escrita; comunicar los preceptos, las lecciones y todo lo demás de la enseñanza a mis hijos, a los del maestro que ha instruido, a los discípulos inscritos y obligados según los reglamentos de la profesión, pero a más nadie.

"Aplicaré los regímenes en bien de los enfermos, según mis facultades y mi juicio, nunca para hacerle mal a nadie. No daré a nadie, por complacencia, un remedio mortal o un consejo que lo induzca a su pérdida. Tampoco daré a una mujer un pesario abortivo. Conservaré puros mi vida y mi arte. No practicaré la talla a un calculoso (manifiesto), dejaré esa operación a los prácticos.

"A toda casa donde vaya, entraré para hacer el bien a los enfermos manteniéndome lejos de los placeres del amor con las mujeres y los hombres, libres o esclavos. Todo lo que en el ejercicio y fuera del ejercicio de la profesión, y en el comercio de la vida, hubiere oído o visto y que no debe divulgarse, lo conservaré siempre como secreto.

"Si cumplo este juramento con fidelidad, que pueda gozar de mi vida y de mi arte con buena reputación entre los hombres y por siempre; si no lo hago y lo quebranto, que me suceda lo contrario". (46).

Considerando ahora los aspectos legales del ejercicio de la profesión médica es interesante observar como en la legislación venezolana, en el código de Moral Médica del 7 de abril de 1,904, quedan muy bien definidos los principios de la relación

del médico con el paciente. Así, en el Capítulo 1, Artículo 3 al 9 tenemos:

Artículo 3: El médico prestará sus servicios profesionales atendiendo más a las dificultades y exigencias de la enfermedad, que al rango social de sus clientes o a los recursos pecuniarios de que dispongan.

Artículo 4: El médico, en su trato con el enfermo, procurará tolerar sus caprichos y flaquezas mientras no se opongan a las exigencias del tratamiento o ejerzan una influencia nociva en el curso de la afección.

Artículo 5: Aunque el carácter, curso o gravedad de ciertas enfermedades exigen que el enfermo sea visitado con frecuencia, el médico evitará las visitas innecesarias, por cuanto tienden a hacerlo sospechoso de miras interesadas.

Artículo 6: El médico evitará en sus actos, gestos y palabras, todo lo que pueda obrar desfavorablemente en el ánimo del enfermo y deprimirlo o alarmarlo; pero si la enfermedad es grave y se teme un desenlace fatal, o se esperan complicaciones capaces de ocasionarlo, la notificación oportuna es de regla, y el médico la hará a quienes a su juicio corresponda.

Artículo 7: El médico debe respetar las creencias religiosas de sus clientes, no oponiéndose en ningún caso ni por ningún motivo al cumplimiento de los preceptos religiosos.

Artículo 8: El médico no debe abandonar nunca los casos crónicos o incurables, y en los difíciles o prolongados es conveniente y aún necesario provocar juntas con otros colegas.

Artículo 9: Es un deber moral del médico aconsejar a sus clientes y excitarlos a la enmienda, cuando las enfermedades que padecen provienen de hábitos viciosos o de frecuentes transgresiones de la higiene" (46).

VI. FACTORES, CARACTERISTICAS Y CONDICIONES DE LA RELACION MEDICO PACIENTE

Consideraremos ahora los elementos de esta relación: 1) de una parte, el paciente con su complejo cultural, su angustia frente a su propia enfermedad, el problema económico que representa para él estar enfermo, la situación de su familia que depende económicamente de él, la frustración de sus propios deseos de superación, el temor al médico y a sus procedimientos terapéuticos, etc.; 2) por otro lado el médico, con su formación intelectual, su deseo de servir de comunicarse para comprender la enfermedad del paciente, sus propias limitaciones psicológicas, temperamentales (repugnancia ante la suciedad, fastidio ante la escasa cooperación del paciente, etc.), su concepción del hombre, sus conocimientos de medicina, etc. para mencionar solo algunos elementos constitutivos. Estos factores se complican ante variantes espaciales, temporales y personales, las cuales podían incluirse entre lo que se llama 3) "Situación" (').

1. Factores

Ya habíamos mencionado que pueden intervenir en ella dos o más personas de las cuales, uno o unas se encuentran enfermas, solicitan ayuda de otra persona: el médico.

a) Ambiente

Analicemos las circunstancias que rodean a los elementos involucrados en este fenómeno las cuales determinan variantes en la conducta del médico o del paciente.

Idealmente, la entrevista debiera realizarse en una sala bien ventilada e iluminada, con muebles confortables; debe ofrecer cierta privacidad, estar aislada de ruidos o estímulos que distraigan; el local debe además ser limpio y producir satisfacción de estar en él.

Hemos podido apreciar que las consultas externas de nuestros hospitales estatales estas condiciones no se pueden cumplir, por escasez de espacio. En muchos de ellos se examina en un mismo local a una persona y otras una cortina, se encuentra otro paciente hablando en voz alta, o alguna persona que pasa por el pasillo interrumpe a ambos. Esto repercute en timidez por parte del paciente, quien llega hasta ocultar a veces ciertos aspectos de su enfermedad, por temor a que lo escuchen

* Véase Glosario

extraños. Podemos incluir aquí el clima psicológico en el cual se desarrolla la entrevista, el cual, si bien está condicionado por el estado emocional del médico y del paciente, puede ser modificado en gran parte por el médico al inspirar confianza y ser comprensivo, de modo que el paciente pueda mostrarse y ser él mismo.

B) Paciente:

Analicemos brevemente al hombre enfermo que interviene ante todo, presentando un proceso patológico que lo sitúa por sí mismo, en condiciones diversas frente al médico. Así, por ejemplo, el paciente que se retuerce por el dolor se encuentra ansioso, irritable, sin deseos de que se le moleste siquiera con el examen físico; lo apremia la necesidad de sentir alivio del dolor; o el paciente que consulta por una enfermedad venérea no tendrá igual confianza para exponer su enfermedad que el que consulta por un dolor de cabeza.

El papel que desarrolla en nuestro tiempo el paciente, encierra una posición temporalmente privilegiada, "con derecho a ser dependiente" a esperar ayuda de extraños, a ser reconocido laboralmente exento de desempeñar sus labores habituales, porque el médico ha establecido que "se encuentra enfermo". Así, el estudiante deja de asistir a la escuela el padre al trabajo, el ejecutivo decide concederse unas vacaciones, la madre empieza a exhibir mal carácter y todo porque se encuentran enfermos.

Podemos así mismo notar, que la personalidad es otro factor decisivo en la entrevista. Ella condiciona la respuesta del paciente frente al médico, con toda su carga emocional, que se incluye en el temperamento y con todos los principios de orden ético de la personalidad.

En la vida del paciente se encuentra en el campo afectivo, gran parte del origen de sus problemas emocionales que condicionan su respuesta frente al médico. Toda carga afectiva que el paciente traslada al médico es lo que constituye la transferencia y puede ser motivo de acogida o de rechazo. En ella están incluidos todos los sentimientos expresados en una forma consciente o no, despertados por la figura del médico y originados en los sentimientos generados anteriormente por alguna persona conocida.

La cultura del paciente es otro factor decisivo, ella determina su experiencia pretérita, el acervo conceptual de sus

antecedentes y sus propias opiniones del mundo. Los elementos animicos, los recursos con que se cuenta para una comunicación, proceden de los valores culturales por eso es tan difícil a veces ponerse en contacto con algunas personas que cuentan con escasos elementos de este orden.

Existe también un complejo cultural que determina creencias que limitan la relación del médico, como las que poseen algunos de nuestros indígenas, que lo hacen desconfiar del médico, influidos por el pensamiento mágico, su misma tradición y la desconfianza del hombre ladino que ha sido nociva para él. Carezco de mejor documentación antropológica para señalar con precisión los elementos que determinan el temor del paciente indígena al médico; además si bien es cierto, estos son de tremenda importancia, están al margen de la presente investigación.

C) El Médico:

Indudablemente, el sustrato de su personalidad se encuentra influido por los elementos de su cultura, que de ser más amplios y abarcar mayores campos del conocimiento, van a condicionar una visión del hombre más real y más justa para un trato edificante con el paciente y la estabilidad dentro de su propia vida, al conciliar sus deseos de superación económica y social.

La misma adaptación del estudio de la medicina al ritmo que marcan los nuevos descubrimientos y las necesidades del paciente, imponen al médico un compromiso de por vida al estudio y son causa de frustraciones y ansiedad por parte del médico, al sentir ineficaz su esfuerzo.

Aún el paciente es testigo algunas veces de la indecisión o temor del médico, originados por estos sentimientos.

2. Condiciones y características

Así, la relación variará notablemente cuando el médico es especialista, ya que su contacto con el paciente se establece a través del médico tratante o la institución que lo refiere; no es el caso del estrecho contacto que se establece con el médico de la familia.

De igual modo, existen diversos tipos de paciente, que se ponen de manifiesto al establecer contacto con el médico, tales

como el colaborador, el agresivo, el simulador, el que exagera el dolor, el que lo acepta todo pasivamente, etc.

Entre los factores de situación que modifican las relaciones, encontramos las condiciones socioeconómicas del paciente, las cuales influyen en él imprimiéndole seguridad; desde la forma del vestido, hasta la manera de agenciarse lo necesario para pagar los honorarios al médico; la misma situación cultural del paciente determina ciertas creencias con respecto a la medicina y sus procedimientos, tales como la creencia en espíritus e influencias naturales, hechizos, hiervas medicinales, etc.; y la importantísima situación ambiental que permitiría una mejor comunicación con el paciente si existiera privacidad, decoro, pulcritud orden en la clínica que va a ser utilizada en la entrevista, etc., y no como en algunas salas de consulta externa, donde son atendidos simultáneamente muchos pacientes, el personal transita libremente por los cubículos y existe demasiada bulla.

Veamos ahora lo que significa el ideal de la relación entre el enfermo y el médico. De acuerdo con Rogers (57) "Hace falta que el terapeuta haya sido capaz de tener una relación profundamente personal con su cliente; que se haya portado con éste, no como hombre de ciencia ante el objeto de su investigación, ni como el médico ante el diagnóstico y tratamiento de un caso, sino como una persona hacia otra persona; que haya tratado al cliente como un ser portador de un valor intrínseco incondicional, cualquiera que haya sido el estado, la conducta o la actitud de éste; que el terapeuta haya estado disponible para el cliente, y que a causa de ello, haya sido capaz de comprenderlo; que ningún obstáculo interior le haya impedido participar en las experiencias del cliente en algún momento del proceso y que, en cierta medida haya logrado comunicar esta comprensión empática al cliente; en fin, que haya sido capaz de confiar plenamente en las fuerzas de crecimiento que operan en el individuo; que haya confiado en esas fuerzas aunque no haya podido prever la dirección que tomarían contentándose con crear un clima capaz de dejarles libres y, por lo tanto, de permitir al cliente ser él mismo".

Así, podemos evaluar o establecer el grado de eficacia de las relaciones con base a que, "cuanto más elevado sea el grado de acuerdo realizado por la experiencia, la percepción y la conducta de una de las partes, más se caracterizará la relación por:

—una tendencia a la comunicación recíproca caracterizada por las mismas propiedades;

—Una comprensión mútua más correcta del objeto de la comunicación;

—un funcionamiento psicológico mejor por ambas partes;

—un aumento de la satisfacción procurada por la relación.

“Por el contrario, cuanto más marcado sea el desacuerdo entre la experiencia, la percepción y la conducta:

—más caracterizada estará por los mismos atributos la comunicación entre las partes;

—menos correcta será la comprensión;

—más bajará el nivel del funcionamiento, tanto en una como en otra de las partes;

—Menos la relación será sentida como satisfactoria” (57).

De lo anterior se puede inferir que para establecer una relación satisfactoria es necesario considerar: que el paciente es ante todo un ser humano y que hay que ver profundamente en él “un organismo complejo, con un vasto depósito de experiencias antiguas y que posee una psique que está sujeta a las influencias del medio”. (57). y a ese principio añadir que la enfermedad viene a amenazar la integridad del individuo como miembro del grupo social, la cual va a condicionar aprensión, ansiedad, temor, depresión; lo cual indudablemente incidirá en la relación con el médico.

Una forma práctica para comprender humanamente al paciente, es colocarse en el lugar de él; por ejemplo, “imaginarse uno mismo, siendo una persona de la clase media, con una familia grande, con una renta justamente suficiente para resolver las necesidades de la vida. Enfermar y tener que permanecer en cama en el hospital por un mes. Imaginarse el estado de su familia, el problema de llevar a los niños a la escuela el futuro de la mayor de las hijas, el cuidado del padre anciano, el dinero para la medicina, el peligro de perder el empleo o por lo menos el salario” (6) es espantoso, verdad?

Es natural también que el médico tiene que controlar sus

propias reacciones negativas, porque muchas veces el paciente refiere problemas comunes y corrientes, sin el aliciente de presentar una enfermedad rara o de difícil e ingenioso diagnóstico; porque el paciente habla en exceso o le falta consistencia a su relato, o casi no se comunica y cuesta demasiado formarse una idea de lo que siente o piensa; puede aburrirse también porque no hay respuesta al tratamiento; o puede sentir repulsión por la falta de limpieza, cultura o inteligencia.

De aquí que para obtener una buena relación, es necesario proporcionar seguridad al paciente, hacerle sentir que se hace todo lo posible por él, que se le aprecia, se le reconoce y que su problema vital es valioso.

En cuanto más se reconozca en el paciente a un ser humano, y se actúe tomando en cuenta su valor intrínseco, más exitosa será la relación y mejores beneficios se obtendrán de ésta, lo cual constituye la base del éxito profesional, reconocido inconscientemente por el paciente.

VII. IMPORTANCIA EN LA EDUCACION MEDICA:

A pesar de que a través de la historia de la medicina se reconoce la importancia de que el médico esté capacitado para relacionarse con el paciente y que además, los grandes maestros de la medicina han insistido siempre ante sus alumnos sobre lo imprescindible de establecer un buen "Rapport" y empatía para alcanzar el éxito profesional, no ha sido hasta recientemente que ha empezado a surgir como una evidente necesidad del curriculum de estudios, las ciencias sociales y de la conducta, con el propósito de satisfacer aquellos requerimientos.

Si bien es cierto que, en Guatemala se han dado ya pasos hacia adelante en el camino hacia la superación de la enseñanza, en este sentido, también lo es el hecho de que, al menos en nuestro criterio, las técnicas para lograr una relación ideal, aún son descuidadas; lo que es peor, con suma frecuencia las actividades docentes de iniciativa personal que pretenden subsanar tal deficiencia, son vistas y criticadas en forma acerba por muchos estudiantes y profesionales de la medicina.

Corrientemente se acusa a las ciencias de la conducta que tratan de conocer y reconocer los valores de la persona humana, como disciplinas inútiles o negativas en la formación del médico, ya que su estudio le resta tiempo a la dedicación del alumno a las tradicionales e incompletas "Ciencias Médicas", circunscribiendo el estudio de la Medicina a los aspectos puramente biológicos del hombre.

Con base a las anteriores consideraciones y habiéndose incorporado al nuevo plan de estudios de la facultad de Ciencias Médicas de Guatemala, alguna programación en Ciencias de la Conducta, es deseable que en el futuro, dichas actividades cobren todo su valor pedagógico y sean base sólida para la formación del médico guatemalteco.

Por ejemplo, el curso de "Entrevista" que se encuentra actualmente en el área de Ciencias Clínicas, debiera ser transferida, al área de Ciencias de la Conducta e impartido por personal especializado, por cuanto reviste la mayor importancia en la conquista de una relación médico-paciente en todo superior a la actual.

VIII. MATERIALES Y METODOS:

1) Consideración general.

Una vez compenetrados de los contenidos doctrinarios mediante la revisión de antecedentes y el estudio del tema que nos preocupa, decidimos seleccionar el conjunto de procedimientos que nos conducirían a la obtención de una imagen real y actualizada de la relación médico/paciente en nuestro país. Así, primeramente, determinamos que el trabajo de

campo subsiguiente debía proponerse la investigación de los siguientes aspectos:

- a) Atributos de la relación médico/paciente. ¿cómo es?, ¿cómo se realiza? ¿hasta qué punto se logra la comunicación?
- b) Adaptabilidad del médico al paciente.
- c) Lo que el paciente espera del médico.

- d) Experiencia que el paciente tiene de su enfermedad y las consecuencias para el tratamiento.
- e) Satisfacción que obtiene el paciente con la visita al médico (clima psicológico).
- f) Percepción del paciente de la ayuda del médico.
- g) Factores que entorpecen la relación del médico con su paciente,
- h) Factores que favorecen una buena relación médico/paciente.

Sobre la base de tales lineamientos, adoptamos la decisión de que obtendríamos los datos necesarios para la investigación, en las áreas del ejercicio profesional de la medicina institucional, seleccionando un sector semiprivado (Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social) y otro público (Hospital Roosevelt) ambos en la Ciudad Capital. Acto seguido se procedió a escoger el tipo de instrumento para la recolección de datos, conviniendo en que debería ser un elemento que se ajustara a las normas más aceptadas actualmente, a efecto de garantizar al máximo su efectividad.

Se determinó que el instrumento sería un "formulario de encuesta" y que, por tratarse de un cuestionario, debería satisfacer al máximo las siguientes recomendaciones de Best ():

- a) Se refiere a un tema significativo, un asunto que el destinatario reconocerá como lo bastante importante para que merezca su tiempo en contestarlo. La importancia debería ser expuesta clara y cuidadosamente en el cuestionario.
- b) Busca sólo lo que no puede obtenerse por otras fuentes, tales como los datos de las escuelas o el censo.
- c) Es tan breve como sea posible y solo lo bastante extenso para obtener los datos esenciales. Los cuestionarios largos encuentran con frecuencia su destino en el cesto de los papeles.
- d) Tienen un aspecto atractivo; se halla claramente dispuesto e impreso o mecanografiado con claridad.

- e) Las instrucciones son claras y completas, los términos importantes se hallan definidos, cada pregunta implica una sólo idea, todas ellas están expresadas tan sencilla y claramente como sea posible y las categorías proporcionan una oportunidad para respuestas fáciles, exactas y sin ambigüedad.
- f) Las preguntas son objetivas, sin sugerencias hacia lo que se desea como respuesta. Las preguntas sugerentes son tan inadecuadas en un cuestionario, como en un tribunal de justicia.
- g) Las preguntas están presentadas en un orden psicológico correcto, precediendo las de tipo general a las específicas. Este orden ayuda al destinatario a organizar su propio pensamiento, de modo que sus respuestas sean lógicos y objetivas. Puede ser conveniente presentar preguntas que creen una actitud favorable antes de llegar a las que puedan ser poco delicadas o íntimas. Si es posible, deben evitarse las preguntas molestas o indelicadas.
- h) Es fácil de clasificar e interpretar. Es aconsejable construir antes una hoja de tabulación, anticipando cómo serán clasificados e interpretados los datos antes de decidir la forma definitiva de las preguntas. Este modo de trabajar retrospectivamente a partir de una visualización del análisis final de los datos, constituye un paso importante para evitar la ambigüedad en la forma de preguntar".

2) Muestro cuestionario:

Como se comprenderá, algunas de las recomendaciones que anteceden van destinadas a los cuestionarios que se envían por correo; no obstante, tiene aplicabilidad al caso nuestro. El tema era significativo y su importancia se hacía ver a cada uno de los entrevistados; los datos que contiene son de muy difícil o imposible obtención en archivos oficiales. Aunque aparentemente extenso, se le incluyeron las interrogantes que se consideraron necesarias para la búsqueda de evidencias básicas. El instrumento nuestro no contiene instrucciones escritas, por el hecho de que las mismas se brindaban en forma personal; las preguntas son claras, lo suficientemente objetivas, sin sugerir la respuesta. El orden en que se presentan las interrogantes es exactamente el mismo del proceso que sigue el paciente desde que decide ir al médico u hospital hasta el momento en que abandona el consultorio después de haber sido atendido por el médico. Para

facilitar su clasificación e interpretación, se elaboró una hoja especial de tabulación (ver modelo en cuadro No.).

Finalmente, antes de la obtención definitiva de datos, el cuestionario fue sometido a prueba con un pequeño grupo de pacientes, para verificar su operabilidad y como consecuencia de la cual varias preguntas o ítems fueron eliminados, en vista de que prolongaban el tiempo total de aplicación del instrumento, y porque en algunos pacientes se notaba cansancio como efecto de la duración. Por otro lado, aunque interesantes y de cierta importancia, tales ítems eliminados no eran imprescindibles y su desechamiento no alteraba sustancialmente los propósitos de la investigación.

A continuación se encuentra el cuestionario inicialmente elaborado. Puede observarse que fue dividido en tres secciones: Datos generales; Observaciones del entrevistador; y finalmente el Interrogatorio. Los ítems del interrogatorio, así como otros renglones que se han marcado con un asterisco son aquellos que fueron eliminados como resultado de la prueba a que se sometió el documento primero. Los ítems pertinentes, como puede observarse, fueron codificados en sus alternativas para facilitar el procesamiento posterior.

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION
DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN
GUATEMALA

Tomado por: _____ en _____

Diagnóstico del paciente _____

I. Datos generales:

a) Nombre _____

I	C	E
---	---	---

b) Sexo _____

M	F	I
---	---	---

c) Lugar de nacimiento _____

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

d) Fecha de nacimiento _____

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

e) Dirección _____

f) Tiempo de vivir en la ciudad _____

M	A
---	---

g) Tiempo de vivir en dicha zona de la ciudad _____

M	A
---	---

h) Estado civil _____

S	C	U	V	D
---	---	---	---	---

i) Hijos varones _____

j) Hijas mujeres _____

k) Hogar integrado _____

Si	No	I
----	----	---

l) Grado de escolaridad: _____ Primaria:

Secundaria:

Universitaria:

m) Trabajo: Peón o mozo _____
Estudiante _____
Oficinista _____
Técnico _____
Administrador _____
Maestro de Educación _____
Capataz _____
Profesional _____
Sin trabajo _____
Otro _____

n) Salario: Q 0 - 25 _____

25 - 50 _____

50 - 100 _____

100 - 200 _____

200 ó más _____

ñ) Satisfacción en el trabajo: _____

Completa

Medianamente _____

Nula _____

II. Observación:

a) Receptividad: Buena _____
Regular _____
Mala _____

b) Colaboración: Buena _____
Regular _____
Nula _____

c) Privacidad:	Buena	3
	Regular	2
	Nula	1
d) Soltura (desenvolvimiento):	Buena	3
	Regular	2
	Nula	1
e) Grupo etnico:	indígena	
	ladino	
	extranjero	
f) Vestimenta:	lujosa	3
	mediana	2
	pobre	1
g) Sinceridad:	bastante	3
	escasa	2
	nula	1
h) Cultura general:	superior	3
	Media	2
	escasa	1

III. Interrogatorio:

1. ¿Cuándo vino por primera vez al Hospital?	0 - 1 mes	3
	1 - 6 meses	2
	6 - 6 más meses	1
2. ¿Cuándo se enferma viene al Hospital?	Siempre	3
	A veces	2
	nunca	1
3. ¿Cuántas veces ha venido por diferentes enfermedades:	tres o mas veces	3
	dos veces	2
	una vez	1
4. ¿Por la enfermedad actual, cuándo vino por primera vez?	0 - 6 meses	3
	6 - 1 año	2
	1 - 6 más	1
5. ¿Asiste con regularidad a sus citas?	Siempre	3
	A veces	2
	Nunca	1
6. ¿Asiste con puntualidad?	Siempre	3
	A veces	2
	Nunca	1
7) ¿Cómo lo recibe a usted, el personal paramédico?	Amable	3
	Indiferente	2
	Descortés	1
8. Cuando viene al Hospital tiene problemas con:	Transporte	
	De tipo económico	
	tiempo	
	Otros	
9. ¿Qué lo decidió a venir al Hospital?	se sentía enfermo	3
	alguien lo aconsejó	2
	lo trajeron	1

10. ¿Cree que los trámites para recibir la atención del Hospital son?:	a) Fáciles	3
	Regulares	2
	difíciles	1
	b) Rápidos	3
	Regulares	2
	Tardados	1
11. Cree usted, que la espera para ser visto por el médico es:	Corta	3
	Regular	2
	Larga	1
12. ¿Piensa anticipadamente lo que va a decir al médico?	Siempre	3
	A veces	2
	Nunca	1
13. ¿Cómo lo recibe a usted, el médico?	Amablemente	3
	Indiferente	2
	Descortés	1
14. ¿Le saluda el médico?	Siempre	3
	A veces	2
	Nunca	1
15. ¿Le pregunta y le llama por su nombre?	Siempre	3
	A veces	2
	Nunca	1
16. ¿Siente usted, confianza con el médico?	Siempre	3
	A veces	2
	nunca	1
17. ¿Cómo son las preguntas del médico?	Comprensibles	3
	Medianamente comprensibles	2
	Incomprensibles	1
18. Le parece que las preguntas del médico son:	Muchas	3
	Escasas	2
	Pocas	1
19. ¿Cree usted, que el médico le pregunta, cosas innecesarias?	Pocas veces	3
	Raras veces	2
	Muchas veces	1
20. ¿Es usted, sincero con el médico?	Siempre	3
	A veces	2
	Nunca	1
21. ¿Cree usted, que el médico es indiscreto en sus preguntas?	Siempre	3
	A veces	2
	Nunca	1
22. ¿Cómo cree usted, que explica su problema al médico?	Claramente	3
	Con dificultad	2
	Confusamente	1
23. ¿Cómo le escucha a usted, el médico?	Atentamente	3
	Distraídamente	2
	Sin atención	1

24. ¿Preferiría usted, que el médico le preguntara?:
 Mucho 3
 Escaso 2
 Poco 1
25. ¿Le preocupa a usted, su enfermedad?
 Bastante 3
 Poco 2
 Nada 1
26. ¿Cuánto sabe usted, de su enfermedad?
 Bastante 3
 Poco 2
 Nada 1
27. ¿Cómo siente usted, que el médico entiende sus problemas?
 Bien 3
 Regular 2
 Malo 1
28. ¿Cómo siente usted, que el médico se preocupa por sus problemas?
 Bastante 3
 Regular 2
 poco 1
29. ¿Le explica usted, el médico lo que le pasa?
 Siempre 3
 A veces 2
 Nunca 1
30. ¿Cree que el médico debe explicarle su enfermedad?
 Siempre 3
 A veces 2
 Nunca 1
31. Cuando usted, escucha al médico, pone:
 Bastante atención 3
 Se distrae 2
 Poca atención 1
32. Cuando el médico le da explicaciones, usa palabras:
 Comunes 3
 Un poco raras 2
 muy raras 1
33. Le explica a usted, el médico:
 Bastante 3
 Regular 2
 Poco 1
34. ¿Le entiende usted, al médico sus explicaciones?
 siempre 3
 A veces 2
 Nunca 1
35. ¿Cree usted, que el médico se equivoca?
 Nunca 3
 A veces 2
 Siempre 1
36. ¿Siente usted, que el médico se muestra?
 Activo 3
 Poco activo 2
 Cansado 1
37. Cuando lo ve a usted, el médico:
 a) se queda indife- 2
 rente 1
 se disgusta 1
 se alegra 3
 b) Siempre 3
 A veces 2
 nunca 1

38. Después que lo ha visto el médico. ¿Cómo cumple sus indicaciones?
 Cuidadosamente 3
 Regular 2
 Descuidadamente 1
39. ¿Le explica el médico cómo hacer su tratamiento?
 Claramente 3
 Dudosamente 2
 No le explica 1
40. ¿Le indica el médico la forma más rápida y económica de adquirir la medicina?
 Siempre 3
 A veces 2
 Nunca 1
41. Las medicinas que le recetan son:
 Baratas 3
 Regulares 2
 muy caras 1
42. Le parece que el tiempo que le dedica el médico es:
 Adecuado 3
 Regular 2
 insuficiente 1
43. ¿Le despide a usted, el médico?
 a) Amablemente 3
 Indiferente 2
 Descortés 1
 b) eso le: Agradada 3
 le es indiferente 2
 le disgusta 1
44. La cita que le dan para la reconsulta, tiene que esperarla:
 Poco 3
 Regular 2
 Mucho 1
45. La cita que le dan para reconsulta es:
 Próxima 3
 Regular 2
 Muy lejana 1
46. Cree que haber venido al Hospital hoy fué:
 Muy útil 3
 Poco útil 2
 nada útil 1
47. Si el médico que lo vió hoy, lo viera la próxima vez:
 Le agradería 3
 Le sería indiferente 2
 Le disgustaría 1
48. ¿Qué fué lo que más le gustó hoy del Hospital?
-
49. ¿Qué fué lo que más le disgustó del Hospital hoy?
-
50. Según su opinión, ¿Qué es lo más importante en un buen médico?
 Conocimientos
 Amabilidad
 Puntualidad
 Todas por igual
 Otras]
51. ¿Qué es lo que más le preocupa a usted, de su vida diaria cuando viene al Hospital?
 Trabajo
 Hogar
 Otros

-6-

52. ¿Qué es lo que más le disgustó que le preguntara el médico?
- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Intimidades | <input type="checkbox"/> |
| Vida sexual | <input type="checkbox"/> |
| Situación económica | <input type="checkbox"/> |
| Nutrición | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos | <input type="checkbox"/> |
| Vida social o familiar | <input type="checkbox"/> |
| Trabajo | <input type="checkbox"/> |
| Otro | <input type="checkbox"/> |
53. Cuando usted, habla con el médico ¿qué le disgusta más?
- | | |
|--|--------------------------|
| La incomodidad | <input type="checkbox"/> |
| Que se escuche afuera lo que usted, dice | <input type="checkbox"/> |
| Que esté entrando gente a la clínica | <input type="checkbox"/> |
| Que esté la enfermera presente | <input type="checkbox"/> |
| Que esté presente un familiar | <input type="checkbox"/> |
| Que haya mucha bulla | <input type="checkbox"/> |
| el mal olor | <input type="checkbox"/> |
| Otro | <input type="checkbox"/> |
54. Antes de venir al Hospital:
- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Se curó sólo | <input type="checkbox"/> |
| Consultó en su casa a un familiar | <input type="checkbox"/> |
| Consultó con una vecina | <input type="checkbox"/> |
| Fué con algún curandero | <input type="checkbox"/> |
| Fué a la farmacia | <input type="checkbox"/> |
| Consultó con otro médico | <input type="checkbox"/> |
| Vino directamente | <input type="checkbox"/> |
55. Le atiende el mismo médico en el Hospital:
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| a) siempre | <input type="checkbox"/> | 3 |
| a veces | <input type="checkbox"/> | 2 |
| nunca | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) Eso a usted le agrada | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Le es indiferente | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Le disgusta | <input type="checkbox"/> | 1 |
56. ¿Quién cree usted, que es la persona más importante que lo atendió?
- | | |
|-----------------|--------------------------|
| Jefe de Clínica | <input type="checkbox"/> |
| Residente | <input type="checkbox"/> |
| Interno | <input type="checkbox"/> |
| Externo | <input type="checkbox"/> |
| Enfermera | <input type="checkbox"/> |
| Otro | <input type="checkbox"/> |

Nombre: _____

3) Método y aplicación

Mediante la técnica de la entrevista normalizada, el autor llevó a cabo la tarea de recolección de datos, apersonándose en ambos centros asistenciales seleccionados y entablando diálogo directo con los pacientes, de manera que uniformiza la técnica y método de aplicación seguido. Ello, al mismo tiempo es causa de que la muestra obtenida al final fuera relativamente pequeña, ya que no fue posible conseguir otros colaboradores para las entrevistas.

Este factor, por otra parte, impidió seleccionar más prolijamente la muestra, resultando ésta dispersa, como se verá más adelante. Se suspendió la encuesta al momento de completar cien cuestionarios llenados en cada hospital.

Una vez culminado el trabajo de campo se procedió al procesamiento y tabulación de los datos en las hojas de cómputo y tabulación elaboradas para el efecto (cuadro NO.), las que, desafortunadamente, por razones de dificultad económica para su impresión, no acompañan al texto de la presente tesis. En tales hojas se registraron los datos de personas, porcentajes, opcionalidad de las alternativas en lo correspondiente a cada subgrupo etario y de escolaridad o no, en cada grupo de sexo de ambos hospitales investigados. Quizás en el futuro podamos publicar tales documentos como un apéndice al presente documento. Por de pronto, rogamos se disculpe su ausencia, y consultar los cuadros consolidatorios que se presentan a continuación, en los que aparecen los más importantes resultados de esta encuesta.

VIII. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

1.- Información Preliminar:

Como se desprende de la lectura el cuestionario empleado en la encuesta, se pretendía obtener una muestra amplia, representativa de diferentes variables consideradas importantes, tales como: sexo, edad, procedencia geográfica, zona de residencia permanente, sedentarismo, estado civil, integración hogareña, escolaridad, ocupación, nivel socio económico y grupo étnico. Desafortunadamente las limitaciones del personal auxiliar

para realizar las entrevistas así como la escasez de tiempo disponible para el estudio, nos obligaron a eliminar algunos de estos factores, dado que todo el trabajo de campo fue llevado a cabo por el autor casi en su totalidad. Por otra parte, esas mismas circunstancias, dificultan grandemente el trabajo de procesamiento de modo que, si bien los espacios fueron llenados debidamente en los cuestionarios, fueron desechados en la tabulación final. En consecuencia, para la división de los grupos que se describen adelante, se decidió tomar en cuenta únicamente: el sexo, la edad, el grado de escolaridad de las personas entrevistadas.

2.- Composición de la Muestra:

Se obtuvo una muestra dispersa de doscientas personas, de las cuales correspondían cien a cada hospital. En el Hospital Roosevelt el total de hombres fue 37 y el de mujeres, 63; en el Hospital General del I.G.S.S., por otra parte, se entrevistaron 50 de cada sexo. Desde el punto de vista etario, agrupamos la muestra en la forma siguiente:

Fig. No. 1

Hospitales	Sexo	A	B	C	D
Roosevelt	Masc.	35 o más años	35 o más años	15-35 años	
	Fem.	15 o más años	35 o más años	26-34 años	15-25 años
I.G.S.S.	Masc.	18 años o más	50 años o más	26-35 años	18-25 años
	Fem.	35 años o más	26-35 años	13-25 años	

Grupo de analfabetos

Sin asterisco — grupo con escolaridad.

Por la heterogeneidad de la muestra en cuanto a la escolaridad, como puede verse en la figura anterior, de los cuatro grupos por sexo y edad estudiados, solamente tres presentaban nivel de analfabetismo que hacen un total de 18 personas en el Hospital Roosevelt y 10 en el I.G.S.S., lo que da un Gran total de 28 personas, evidenciando diferentes edades entre los componente del grupo.

No escapan a nuestra visión el hecho de que los deferentes grupos de cada hospital, sean desiguales en su composición y que por lo mismo, no pueden compararse entre sí. Si se ha insistido en presentar tal división, es porque de una manera u otra, tales grupos son representativos de un sector etario o de un nivel cultural y porque en tales condiciones, pueden ser útiles para obtener alguna imagen específica.

En cuanto a la escolaridad también se encontró fuerte disimilitud entre el número de personas en los niveles analfabeto, primario, secundario y universitario; motivo por el cual, decidimos finalmente, agruparlos en dos grandes categorías:

- a) con escolaridad y b) sin escolaridad

En resumen, se trata definitivamente de una muestra heterogénea con la que difícilmente, si no de manera imposible, se podría organizar un procesamiento o consolidación de datos compatibles con una técnica estadística de grupos equivalente u otro similar, de modo que para su análisis, se presentan las cuantificaciones siguiendo la técnica de la agrupación inicial con el propósito de estudiar separadamente los grupos, los resultados de cada hospital, de cada sexo por separado y el conjunto total.

IX. RESULTADOS Y DISCUSION:

1.- Resultados:

A continuación ofrecemos los cuadros que computan sucesivamente, en cada hospital: a) los parámetros máximos, medios y mínimos, según el caso, por medio de los cuales, se puede comparar los grupos, los hospitales y los sexos entre sí; a través de, b) los resultados finales de los datos obtenidos:

Estos datos representan los valores ideales que podría obtener un sólo grupo en cada ítem, al multiplicarse por el valor de cada alternativa, y por el total de los 40 ítems codificados.

		Hospital Roosevelt			TOTAL			GRAN TOTAL		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
Hombres	A	1680	1120	560	200	4440	2960	1480		
	B	2160	1440	720						
	C	600	400	200						
	D	1440	960	480						
Mujeres	A	2520	1680	840						
	B	1800	1200	600						
	C	1800	1200	600						
	D	1440	960	480						
Hospital I.G.S.S.	A	840	560	280						
	B	1680	1120	560						
	C	2400	1600	800						
	D	1080	720	360						
Mujeres	A	1680	1120	560						
	B	2640	1760	880						
	C	1680	1120	560						
	D	1080	720	360						
Hombres	A	1680	1120	560						
	B	2640	1760	880						
	C	1680	1120	560						
	D	1080	720	360						
TOTAL					1480	4440	2960	1480		
									4000	
										8000

Máximo, medio y mínimo puntaje posibles en la encuesta: (personas por 3-2-1) (40 ítems codificados)

Fig. No. 5

PARAMETRO

IX-1-a

Fig. No. 6

PARAMETROS

Máximo de opcionalidad posible en cualquiera de las alternativas, por grupo de sexo y hospital

Hospital	Sexo	A	B	C	D	Total	Total	Gran total	Total por sexo
Roosevelt	Hombres	560	720	200		1480			
	Mujeres	840	600	600	480	2520	4000		
I.G.S.S.	Hombres	280	560	800	360	2000			3480
	Mujeres	560	880	560		2000	4000	8000	4520

Estos datos representan el valor máximo que podría haber obtenido cada grupo a lo largo de toda la encuesta, y se obtuvieron, multiplicando el número de personas, por los cuarenta ítems.

Estas cantidades representan el valor máximo que podía obtenerse de las opiniones favorables en cada grupo. Y se calculó, multiplicando los datos del cuadro anterior por tres (alternativa de mayor valor)

Hospital	Sexo	A	B	C	D	Total grupo	Total por sexo	Total Hosp.	Gran Total
Roosevelt	Hombres	1680	2160	600	4440	4440	10440	1200	1200
	Mujeres	2520	1800	1800	1440	7560	10440	1200	1200
	Hombres	840	1680	2400	1080	6000	6000	1200	2400
	Mujeres	1680	2640	1680	6000	6000	13560	1200	2400
I.G.S.S.	Hombres								
	Mujeres								

Punteo máximo alcanzable en razón del máximo de opcionalidad posible. (Máximo de opcionalidad por tres)

PARAMETRO

Fig. No. 7

Fig. No. 8 a

RESULTADOS FINALES
Número de opciones por alternativa, encontradas en cada grupo por sexo y hospital

HOSPITAL ROOSEVELT

Sexo		A	B	C	D	Total	Gran Total
Hombres	3	423	560	149		1132	1482
	2	50	66	17		143	
	1	86	87	34		207	
Mujeres	3	604	445	383	315	1747	340
	2	99		110	90	41	
	1	153	113	139	66	471	
						2558	

Estos datos se obtuvieron a través de la suma total de las opciones encontradas en cada grupo en los 40 ítems separadamente por cada alternativa (3-2 y 1)

Sexo	A	B	C	D	Total	Gran Total
Mujeres	3	359	574	442	1375	1937
	2	98	105	37	240	
	1	99	186	37	322	
Hombres	3	279	646	442	1590	1901
	2	26	37	95	188	
	1	27	32	73	133	

RESULTADOS FINALES

Fig. No. 8 b

Fig. No. 9 a
 Punteo que corresponde al número de opciones encontradas en la alternativa, en cada grupo, por hospital y sexo.
 (Número de opciones por 3-2-1)

RESULTADOS FINALES

Sexo		A	B	C	D	Total	Gran Total
Hombres	3	1269	1680	447		3396	3889
	2	100	132	34		286	
	1	86	87			297	
Mujeres	3	1812	1335	1149	945	5241	6392
	2	198	220	180	82	680	
	1	153	113	139	66	471	

SEXO	A	B	C	D	TOTAL	GRAN TOTAL
Hombres	3 2 1	837 52 27	1938 74 32	1326 190 73	669 60 133	4770 376 471
Mujeres	3 2 1	1077 196 99	1722 210 186	1326 74 37		4125 620 322
						5279

Hospital General IGSS

Resultados Finales

Fig. 9 b

Estos valores se obtuvieron multiplicando los datos del cuadro anterior, por el valor de la alternativa correspondiente.

2. Discusión:

a) **Parámetros:** según puede observarse en los cuadros presentados bajo tal denominación, se puede notar que en el Hospital Roosevelt, la comparación entre ambos grupos (femenino y masculino) es susceptible de equivocación, por cuanto que dichos grupos son diferentes en su número. No obstante, si se aplica la corrección en el grupo de mujeres que aparece en el cuadro No. 11, se puede advertir que hechas las deducciones correspondiente, los grupos aparecen más similares, por ejemplo: los 37 hombres entrevistados en el Hospital Roosevelt, opatron 1132 veces por la alternativa No. 3, y las 63 mujeres en cambio optaron 1747 veces por la misma alternativa. Si se sustraen las 363 opciones correspondientes a las 13 mujeres, excedentes a los hombres entrevistados, quedarían 1,384 opciones para 37 mujeres, disminuyendo la diferencia entre ambos grupos. Similares aproximaciones se encuentran al hacer las deducciones en relación a otros parámetros, tales como los porcentajes y puntajes encontrados.

Los datos correspondientes al Hospital General del I.G.S.S. no dan lugar a confusión, ya que la composición numérica de estos grupos (femenino y masculino), es igual. En este caso no es necesario hacer alguna corrección.

El propósito de presentar valores máximos, medios y mínimos en los diferentes parámetros (porcentajes, personas, puntajes y opciones) es facilitar nuestro análisis y la comparación de datos al lector. Estos extremos cuantitativos permiten identificar los niveles ideales y deficientes de la relación médico paciente en las muestras estudiadas, como se advertirá más adelante.

b) Resultados Finales:

1o.) En términos generales puede afirmarse que existe un predominio de las opciones por la alternativa tres, lo que consecuentemente, eleva en forma ostensible los puntajes totales y parciales de la encuesta. Este hecho sin embargo, no significa que la puntuación total de la alternativa tres, sea del todo meritoria, ya que el gran total sólo fue de 17,532 puntos, o sea, un puntaje próximo al parámetro medio (16,000); por tanto, es conveniente notar que los valores máximos en toda la

encuesta se incrementan con el aporte de puntos en las otras alternativas, siendo ello, no del todo beneficioso, por cuanto que representan los factores que deterioran la relación médico paciente. Por otra parte, si se estima que el valor máximo ideal de toda la encuesta es de 24,000 puntos, evidentemente la diferencia de la calificación total de la opinión del paciente, es relativamente baja.

- 2o.) Es interesante encontrar en la consolidación de datos del cuadro No. 10, cómo la calificación obtenida por la alternativa tres, (la más favorable), alcanza un porcentaje de 73.05, con base a la puntuación máxima posible para toda la encuesta (24,000), lo cual permite establecer que si bien la relación médico paciente en las áreas investigadas, no es del todo deficiente, todavía tiene por delante mucho terreno que ganar.

Además evidencia que el 26.95 o/o restante de la calificación máxima, queda acaparado por los factores deteriorantes de la relación, aspecto que nuestro gremio médico debe tomar en cuenta para su propia superación.

- 3o.) Otro dato no menos interesante es el que se refiere a la diferencia de opinión entre ambos sexos. Tanto en el Hospital Roosevelt como en el Hospital General del I.G.S.S., se observa que el grupo femenino es más exigente que el masculino al calificar su relación con el médico, tal como se desprende de una opcionalidad más alta en las alternativas uno y dos, en ambos hospitales (véase cuadros de consolidación).

- 4o.) Analizando los datos globales en cada hospital y comparandolos, notamos la similitud de opiniones entre ambos grupos. Encontramos apenas una diferencia de opiniones del 2.15 o/o, más favorable para el I.G.S.S., en las alternativas 3 y 2; sólo se observa una significativa diferencia en la alternativa 1, en la cual el Hospital Roosevelt es menos favorecido al alcanzar un porcentaje de 5.58 o/o. Es de suponer que si la muestra femenino del Roosevelt fuera equivalente en número a la masculina, y dada la mayor severidad de las mujeres en su calificación, haciendo las correcciones pertinentes, la diferencia disminuye.

FIGURA No. 10

Consolidación de Datos por Sexo y Hospital						Opciones en alternativa			Punteo alcanzado en alternativa			Opciones cada Hospital			Opciones en cada sexo en ambos hospitales		
Hospital	Sexo	personas	o/o en su Hosp.	o/o en la Enc.	o/o en su sexo	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Roosevelt	Homb.	37	37	18.5	42.52	1132	143	207	3396	286	207						
	Mujer.	63	63	31.5	54.86	1747	340	471	5241	680	471	2879	483	678			
I.G.S.S.	Homb.	50	50	25.0	57.48	1590	188	133	4770	376	133				2722	331	340
	Mujer.	50	50	25.0	45.14	1375	240	322	4125	620	322	2965	428	455	3122	580	793
Total		100 100	100 100	1000	100 100	5844	911	1133	17532	1962	1133	5844	911	1133	5844	911	1133
Gran Total		200	200	100	200	7888			20627								
Déficit de opciones (faltó opinión y punteo)						112			3373								

o/o de opcionalidad total			o/o de punteo total			o/o de opcionalidad en cada hospital			o/o de opcionalidad en cada sexo		
3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1
						71.97					
									78.16	9.48	9.77
						74.12	10.70	11.37	69.07	12.73	17.45
73.05	11.38	14.16	70.05	8.84	4.72						
				2.54	9.44						

Corrección a mujeres (Hospital Roosevelt)

Personas	o/o en su hospital	o/o en la encuesta	o/o en su sexo	Opciones totales			Puntos correspondientes		
				3	2	1	3	2	1
13	13	6.5	11.50	363	68	89	1089	136	89
				520			1314		

5o.) Desde el punto de vista de los items en forma aislada, se observa a grandes rasgos, que en el Hospital Roosevelt las preguntas mejor calificadas son 13, 14, 31, 7, 20, 37a y b, 38, 39, 43a, 46, 47 e inciso f de 52. En el caso de las mujeres, las preguntas mejor calificadas fueron: 13, 20, 23, 31 y 37a. Los hombres calificaron más bajo los items 11, 26, 29, 33, 41, 55a y b. Las mujeres calificaron más bajo los items 1, 11, 26, 29, 33, 55a y b.

Lo que trasladado a conceptos significa que: los pacientes saben poco de su enfermedad, el médico raramente les explica, cuando lo hace sus conceptos no son comprendidos, nunca son atendidos por el mismo médico y eso les disgusta.

En el I.G.S.S., los hombres entrevistados calificaron bien los items: 17, 20, 21, 24, 37a y 37b, 38, 39, 40, 47 y 52b; no hubo marcada diferencia en el grupo de mujeres.

En cuanto a lo que les disgustó a ambos sexos en el I.G.S.S., podemos señalar, los items: 11, 15, 29, 55a y b. Lo que expresa en conceptos: que califican la espera para ser atendidos por el médico es larga, el médico no llama por su nombre al paciente, el médico no le explica al paciente su diagnóstico y sus decisiones terapéuticas, los pacientes no son atendidos siempre por el mismo médico y eso les disgusta.

c) **Las preferencias y disgustos del paciente al ser atendidos en el hospital:**

Presentamos a continuación las opiniones más favorables emitidas por ambos grupos de sexo; en cuanto al servicio recibido, en el Hospital Roosevelt, (item 48).

<i>Opiniones dadas</i>	<i>No. de personas</i>
1. Atención amable del personal	58
2. Buena calidad de atención médica	20
3. Higiene en el edificio	6
4. Prontitud al ser atendido	1
5. Atención sin diferencia de clases	1
6. Buen examen físico	1
7. Buena organización	1
8. Diseño funcional y estética del hospital	1
9. No opinaron	11
Total	100

En cuanto a lo que los pacientes están en desacuerdo, (item No. 49), en el mismo hospital, encontramos:

1. Dilación en el servicio	7
2. Descortesía del portero	6
3. Descortesía del personal de enfermería	1
4. Nada le disgustó	86
Total	100

En el Hospital General del I.G.S.S. obtuvimos las siguientes preferencias, (item 48):

1. Atención amable del personal	27
2. Amabilidad del Médico	19
3. Buena calidad de atención Médica	19
4. Medicina gratuita	2
5. Sistema rápido de clasificación	2
6. Prontitud al ser atendido	2
7. No opinaron	29
Total	100

Veamos ahora en que estuvieron en desacuerdo (item 49):

1. Descortesía del personal de enfermería	5
2. Dilación en el servicio	4
3. Favoritismo del personal de enfermería para ciertas personas	2
4. Ineficacia del tratamiento	2
5. Mala atención de las secretarias	2
6. Poco tiempo de entrevista	2
7. Nada le disgustó	83
Total	100

d) Puntuación total de los cuestionarios, tabla de frecuencias y cálculos estadísticos:

Por contener el cuestionario cuarenta items calificados en forma numérica, la opinión de una persona totalmente de acuerdo debía ser de 120 puntos y la opuesta, 40. Los punteos más bajos no fueron más allá de 84 pero sí alcanzaron valores de 120. Estos punteos se obtuvieron del formulario de encuesta, sumando los cuarenta items valorados con los punteos de 1 a 3.

De los datos mostrados en la figura No. 11, sometidos a procesamiento estadístico, se deducen los siguientes resultados:

- 1o.) Las frecuencias encontradas muestran una evidente y fuerte tendencia de acumulación central, dando una imagen más o menos simétrica en el Hospital Roosevelt, lo cual hace que la frecuencia por desviación sea pequeña, evidenciando aún más su simetría. No obstante se encuentra que la media, mediana y moda, aunque son casi iguales, determinan una ligera desvaición negativa de 1.21, lo cual confirma los datos anteriores.
- 2o.) En el I.G.S.S. se encuentra también una fuerte tendencia de acumulación central, con la diferencia

que una imagen bimodal. sin embargo, presenta la peculiaridad de que la media, mediana y modo, son mucho más próximas que en el Roosevelt. Existe también asimetría negativa de 0.75.

3o.) La desviación standar, también es diferente en ambas distribuciones, alcanzando el valor de 21.39 en el Roosevelt y 21.19 o/o en el I.G.S.s., lo cual indica que en el segundo hospital las opiniones son menos dispersas que en el primero.

4o.) La diferencia entre media, mediana y modo, es escasa y poco significativa.

5o.) Efectuado el cálculo de la correlación por el método de Pearson entre las opiniones recabadas en los dos hospitales, se encontró una correlación de 0.546 positiva, lo cual indica que si bien no se correlaciona definitivamente, existe cierto grado de equivalencia entre las opiniones que de la relación con el médico, tienen los pacientes.

Estos datos, agrupados numéricamente en forma estadística y ordenados en una distribución de frecuencias, con intervalos regulares de 5 puntos, se presentan a continuación:

FIG. 11 Hospital Roosevelt

Puntajes	f	d	fd	∑fd	fd ²	fa
115 - 120	4	3	12		144	100
110 - 114	8	2	16		257	96
105 - 109	30	1	30	58	900	88
100 - 104	31	0	0			58
95 - 99	17	-1	17		289	27
90 - 94	6	-2	12		144	10
85 - 89	2	-3	6		36	4
80 - 84	2	-4	8	43	64	2

n = 100

∑fd = 5

fd² = 18833

\bar{X} = 102.75
Md = 111.52
Mo = 107.16
s = 21.39
a = -1.21

Identificación de símbolos:

- f — frecuencia
- d — desviación
- fd — frecuencia por desviación
- ∑fd — suma de frecuencias por desviación
- n — número de casos
- \bar{X} — Media
- Md — Mediana
- Mo — Moda
- Desviación Standar
- a — Asimetría
- r — Correlación

HOSPITAL GRAL. del IGSS

PUNTAJES	f	d	fd	fd	fd	fd ²
115 - 120	11	3	33		100	1089
110 - 114	15	2	30		89	900
105 - 109	33	1	33	96	74	1089
100 - 104	11	0	0		41	0
95 - 99	22	1	22		30	484
90 - 94	4	2	8		8	64
85 - 89	4	3	12	42	4	144
80 - 84	0	4	0		0	0

n = 100

X = 105.2
Md = 105.93
Mo = 106
s = 29.19
a = -0.75

Se utilizaron los mismos símbolos y se calculó la correlación entre ambas distribuciones de frecuencias, la cual resultó de 0.546, efectuada por el método de Pearson.

A continuación presentamos los histogramas de Pearson que hacen más evidente la distribución de los puntajes obtenidos en la muestra.

Figura No. 14

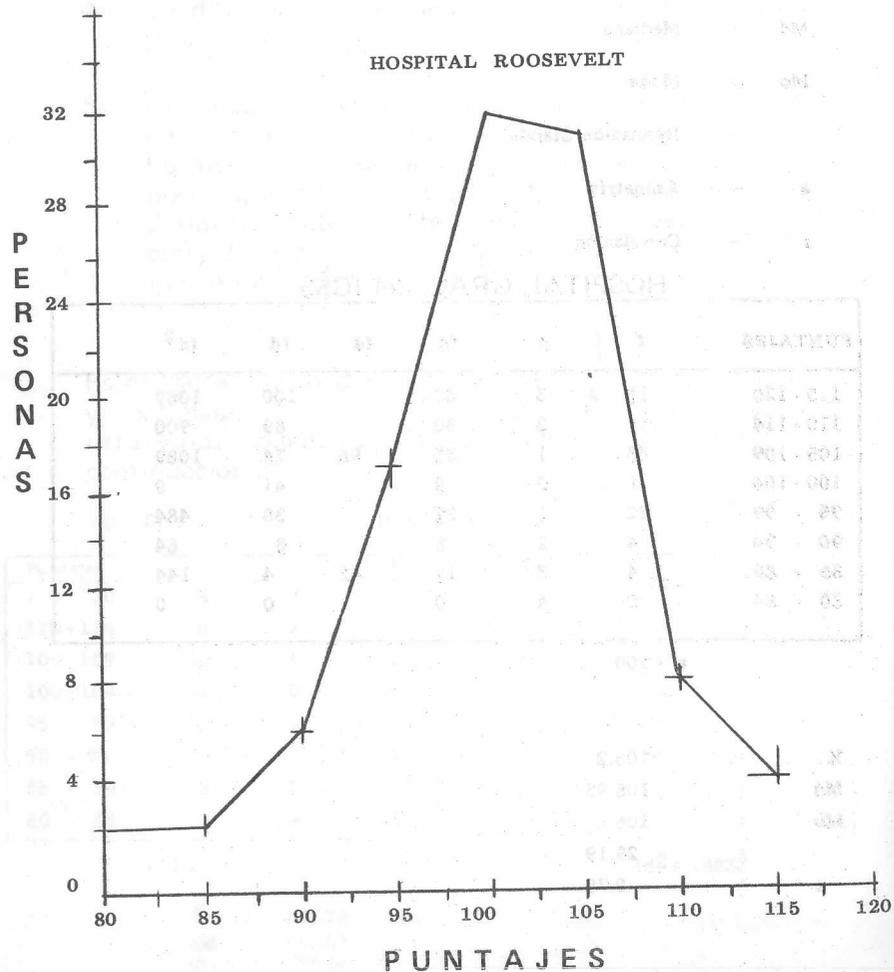
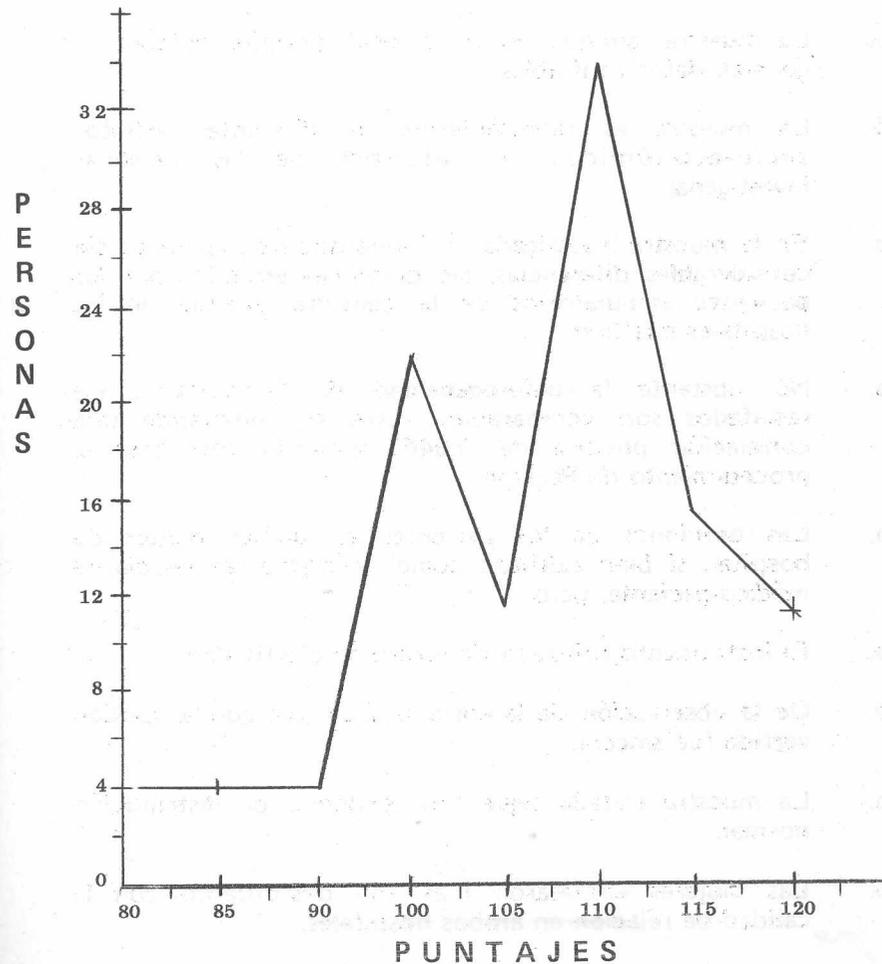


FIGURA No. 13

HOSPITAL GENERAL DEL IGSS



X. CONCLUSIONES

El análisis demográfico, estadístico, bibliográfico e histórico de los datos recopilados en la investigación presente, nos llevó a descubrir los factores que en nuestro medio, condicionan la relación médico-paciente en forma peculiar y distinta, a las estudiadas en otros países, pudiendo establecerse así un diagnóstico de la calidad de tales interacciones.

Las conclusiones alcanzadas no contradicen las hipótesis formuladas al inicio aparecen a continuación:

- 1o. La muestra, aunque no es la ideal, permite obtener en general, datos confiables.
- 2o. La muestra es representativa de diferentes estratos socio-económicos y culturales de las personas investigadas.
- 3o. En la muestra investigada en forma dispersa, aparecen sin considerables diferencias, las opiniones emitidas por los pacientes ambulatorios de la consulta externa de los hospitales cuestión.
- 4o. No obstante la heterogeneidad de la muestra, los resultados son comparables entre sí, mostrando una correlación positiva de 0.546 calculada con base al procedimiento de Pearson.
- 5o. Las opiniones de los pacientes en ambos grupos de hospital, si bien califican como aceptable las relaciones médico-paciente, pero
- 6o. El instrumento utilizado demostró su efectividad.
- 7o. De la observación de la entrevista, se cree que la opinión vertida fue sincera.
- 8o. La muestra tratada sigue una tendencia de distribución normal.
- 9o. Las mujeres expresaron más alto descontento con la calidad de relación en ambos hospitales.
- 10o. Entre los grupos etarios de ambos sexos y de ambos hospitales, se nota que la calificación de los adultos jóvenes a la encuesta, es más severa.

- 11o. Existe cierto grado de satisfacción en la calidad de servicio profesional, aunque inconformidad con la calidad de la relación humana.
- 12o. Entre los factores que favorecen la relación médico-paciente en Guatemala, encontramos:
 - a) Atención amable del personal y
 - b) Buena calidad de atención médica; en el Hospital Roosevelt y General del I.G.S.S.
- 13o. Los factores que deterioran la relación médico-paciente son:
 - a) Que el médico no llama por su nombre al paciente,
 - b) el paciente no recibe toda la información que desea del médico,
 - c) las explicaciones del médico no se encuentran al alcance de la comprensión del paciente,
 - d) existe dilación en prestar servicio médico en las instituciones investigadas,
 - e) se observa descortesía en el personal para-médico.
- 14o. El paciente exhibe cierto grado de desconfianza hacia el médico y de insatisfacción por el trato que recibe en las instituciones hospitalarias.
- 15o. Lamentamos que las dificultades económicas nos impidieran la publicación de los resultados parciales del trabajo de campo.
- 16o. Que la tesis presentada, puede brindar alguna información en un campo investigado por primera vez en Guatemala. dándole al estudio, calidad estadística.
- 17o. En ambos hospitales existen condiciones ambientales similares que desfavorecen la relación, tales como: la incomodidad; y la falta de privacidad adecuada para que no interrumpa la bulla exterior, y que no esté entrando gente a la clínica durante el examen.

XI. RECOMENDACIONES

- 1o. Incrementar el estudio de las relaciones interpersonales entre médico y paciente, en el medio guatemalteco, con el fin de mejorarla.
- 2o. Mejorar las condiciones ambientales en ambas instituciones, para que no constituyan un factor negativo en la relación.
- 3o. Incluir en el curriculum de estudios de la Facultad de Ciencias Médicas, en el área de las Ciencias de la Conducta, cursos especiales de relaciones interpersonales aplicadas a la medicina.
- 4o. Que las sociedades médicas de especialistas promuevan investigaciones específicas, que proporcionen una imagen diagnóstica de las condiciones en que se realiza la relación médico paciente en las diferentes especializadas, cirugía, obstetricia, pediatría, etc.
- 5o. Orientar a los nuevos médicos hacia la comprensión global de la persona humana.
- 6o. Que el médico mejore su nivel de acercamiento al paciente, proporcionando:
 - a) Mejor y más amplia información que el paciente requiera de su enfermedad y su tratamiento;
 - b) Explicaciones más al alcance de la comprensión del paciente, y
 - c) Una concepción más elevada del valor de la persona humana, que haga al paciente sentirse tratado de acuerdo a su dignidad, lo cual repercutirá indudablemente en el alcance de mayor eficiencia en el proceso terapéutico.

GLOSARIO

Questionario restringido:

Son los que solicitan respuestas cortas, específicas, como si o no o bien una respuesta breve o señalar un ítem en una lista de respuestas sugeridas.

Questionario no restringido:

Requiere una respuesta libre y con la redacción propia del sujeto.

Escala de opiniones o de actitudes:

Es un formulario de encuesta cuyo propósito consiste en recoger opiniones más que hechos.

Empatía:

"La capacidad para sumergirse en el mundo subjetivo de los demás y para participar en su experiencia, en la medida que la comunicación verbal y no verbal lo permita. En términos más sencillos, es la capacidad de ponerse verdaderamente en el lugar de otro, de ver el mundo como él lo ve"

Formulario de encuesta:

Es una denominación general para los sistemas de recogida de datos obteniéndolos de los sujetos en forma escrita.

Motivación:

Tendencia del animal en su totalidad a producir actividad organizada que normalmente varía desde el nivel inferior del sueño profundo, al elevado del animal despierto, alerta, excitado, y que también varía en el tipo de conducta que resulta según la clase de estimulación a la que reacciona el organismo.

Personalidad:

"El cuadro total de características emocionales, motivacionales y sociales, como son la amabilidad, el egoísmo, la

pereza, la iniciativa, el don de mando, la jovialidad, etc.; excluyendo la inteligencia en toda medida posible”

“Se refiere a las características mentales que distinguen el tipo general de conducta en un animal superior y, especialmente, en cuanto caracterizan al individuo en sus relaciones con otros”.

Sistema complejo de estímulos: cada factor que determina la conducta de un individuo en un momento dado.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, R.D. et al. The value of a personal pediatrician. *Pediat. Clin. N. Amer.* 16: 821-33, Nov. 69
2. Armour, Richard. Discovery of an unpublished manuscript. *JAMA* 204: 59-60, 1 ap. 68
3. Arnhold, Rainer G. and M.C. Pike. Patients an prescriptions: understanding medical instructions. *The Journal of Tropical Pediatrics.* 12 (14):11-14, Mar 68.
4. Asturias, Francisco. Historia de la Medicina en Guatemala. Guatemala, Ed. Universitaria, 1958, 477 p.
5. Beeson, Paul B. and Walsh. Macdermott Eds. Cecil Loeb Textbook of medicine 11th. Ed. Philadelphia, W.B. Saunders. 1963. 1835 p.
6. Bordia, A.K. The Doctor-patient relationship. *J. indian Med. Ass.* 48:210-12. 1967.
7. Bromberg, Walter B.S. Man above humanity. A history of psychotherapy. Philadelphia, J.B. Lippincott. 1954. 342 p.
8. Cabot, Hugh y Joseph A. Kahl. Relaciones Humanas. Buenos Aires, Ed. Bibliográfica Argentina, 1967 (v. 2)
9. Confort, A. Anxiety in adults. *Public Health.* 82: 274-90, Sep. 68
10. Corradi, G. Rapporti psicologici fra medico e malato di cancro. *Minerva Med.* 59:690-6, 14 Feb. 68.
11. Chase, R.A. The Private patient on surgical training. *JAMA* 210:2283-4, 22 Dec. 69
12. Davis, David et al. Introducing the comunity to medical students an residents An evaluation of a field trip program. *J. Med. Educ.* 43: 78-82, Jan 68.
13. Davis, Milton. Attitudinal an behavioral aspects of the Doctor patient relationship as expressed and exhibited my medical students and their mentors. *J. Med. Educ.* 43:337-43, Mar 68.

14. Francis, Vida et al. Gaps in doctor-patient communication. Patients response to medical advice, New. Eng. J. Med. 280: 535-40, 6 Mar 69.
15. Fingerman, Gregorio. Relaciones Humanas. Buenos Aires, Ed. "El Ateneo". 1968, 218 p.
16. Garrison, Fielding. Historia de la Medicina, 4a. Ed. México, Ed. Interamericana S.A. 1966, 664p.
17. Garner, H.H. The medical interview and comprehensive patient care. Psicosomatics. 9(4): 191-7, Jul-Aug.1968.
18. Girón, Manuel Antonio. Medicina Social. Guatemala. Ed. Universitaria. 1964, 470 p.
19. Good, Warren R. Introducción a la Estadística con énfasis en su aplicación a la educación. 5a. Ed. Guatemala. Imprenta del Colegio Americano 1963, 58 p.
20. Goode, William J. y Paul K. Hatt. Métodos de investigación social. México. Centro Regional de Ayuda Técnica, 1967, 469 p.
21. Hebb, Donald Oldwing. Psicología, 2a. Ed. México, Ed. Interamericana S.A. 1968. 316 p.
22. Hedberg, S.E. Clothes and Confidence. New Eng. J. Med. 280:620, 3 Mar 69.
23. Hess, J.W. A Comparison of methods for evaluation medical student skill in relation to patients. J. Med. Educ. 44:434-8, Oct. 69.
24. Howie, J. Professional virtues. Brit. Med. J. 3:73-5, 12 Jul 69.
25. Homes, D. J. Talking with younger patient. Ann. Intern. Med. 72: 123-7, Jan 70.
26. Hudson, Charles. Whatever became of that old-fashioned patient? JAMA 203:585-7, 19 Feb. 68
27. Inform the patient. JAMA. 211: 654-6, Jan 70.
28. Levine, C.C. Doctor-patient communication with the innercity adolescent. New Eng. J. Med. 282:494-5, 26 Feb. 70.

29. Megaldi, P., Rapporto chirurgo-malato in gastroenterology e ginecología. Minerva Med. 59:4144-6, 30 Oct. 68
30. Martínez Durán, Carlos. Las Ciencias Médicas en Guatemala: Origen y evolución. 3a. Ed. Guatemala, Ed. Universitaria. 1964. 710 p.
31. Mumford, Emily. The patient's role: What is it? Why? What can the Doctor do about it? 51 (6):431-43, Mar 68.
32. Noyes, Arthur P. and Lawrance C. Kolb. Modern Clinical Psychiatry. 6th Ed. Philadelphia. W.B. Saunders. 1963, 586 p.
33. Osofsky, H.J. Some Social Psychologic Issues in Improving Obstetric Care for the Poor. Obstet. Gynec. 31. 431:43 Mar 68.
34. Patient's cooperation with medical regimen. JAMA 203:922-6, 11 Mar 68.
35. Patient physician communication. G.P 37:159-61, Jan 68.
36. Ponce, Ricardo. La Relación Médico Paciente. Guatemala, Revista del Colegio Médico. Guatemala 19 (3): 253-57, Sep.68.
37. Robb, D.F. Every day problems in general practice. Is Professional secrecy. Practitioner 200:1474-8. Jan 68
38. Robb, D.F. Every day problems in general practice, II : The Doctor-patient relations. Practitioner 201: 388-90, Aug. 68.
39. Rogers, Carl y Marian Kinget. Psicoterapia y Relaciones Humanas, Ed. Alfaguara, 1967 (2 vols)
40. Sánchez Hidalgo, Efraín. Psicología Educativa. 6a. Ed. México. Ed. Universitaria, Universidad de Puerto Rico. 1969, 578 p.

41. Selvini, Aldo. Il rapporto umano, psicologico e psirituale tra medico e paziente. *Minerva Medica* 60 (9): 823-9, 7 Mar 69.
42. Shah, Arvind. Doctor patient relationship *J. Indian M.A.* 144 (4): 194-7, Aug. 67.
43. Soubiran, André y Jean de Kerany. El diario de la Medicina. España. E. Luis de Caralt. 1963, 206 p.
44. Sullivan, Harry Stack. La teoría interpersonal de la psiquiatría. Buenos Aires. Ed. sique, 1964, 445 p.
45. The inanimate observer. *JAMA* 201:261-2, 24 Jul 67.
46. Razzetti, Luis. Deontología Médica. Venezuela. Ed. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1963, 384 p.
47. Ruiz, Moisés. Adición a la Cirugía. Nicaragua. *Anales de Cirugía* 1 (1): 13-18, Oct-Dic. 65.
48. The physician 's obligation to his patients. *JAMA* 204: 88-90, Apr 68.
49. Von Weizäcker, Víctor. El Hombre Enfermo. Barcelona. Ed. Luis Miracle, 1956. 342 p.
50. Warwick, W.J. Phenylketonuria and the practice of medicine. *JAMA* 207:2095-6, 17 Mar 69.
51. Wittaker, James O. Psicología. México, E Interamericana S.A. 1967, 565 p.
52. Yauch, W.A. y G.C. Fusco. Las relaciones humanas y la escuela. Buenos Aires, Centro Regional de Ayuda Técnica, 1969, 128 p.
53. Zuckerberg, Harvey y Gordon R. Snow. ¿Qué esperan los padres del médico? *Clínicas Pediátricas de Norteamérica.* Nov. 68 p. 861-70
54. Mora, Carlos Federico. Relación Médico-enfermo en Guatemala. Guatemala, Talleres Multígrafo IGSS. 1968, 17 p.

55. Korsch, Bárbara, et al. Gaps in doctor-patient communication. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics* 42: 855-71, Nov. 68.
56. Best, John W. Cómo investigar en Educación. Madrid, Ed. Morata. 1969, 397 p.
57. Rogers, Carl y Marian Kinget. Psicoterapia y Relaciones Humanas. México. Ed. Universitaria, Universidad de Puerto Rico. 1969, 578 p.

Vo. Bo.

Ruth de Amaya

Br. Edduyn A. Figueroa G.

Dr. Julio Antonio Ponce V.
Asesor

Dr. Alberto Vlau Davila
Revisor

Dr. José Quiñonez Amado
Director de la Fase

Dr. Carlos A. Bernhard
Secretario

Vo.Bo.

Dr. César A. Vargas M.
Decano