

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**"RELACIONES HUMANAS DEL MEDICO PRIVADO
Y SU PACIENTE**

**(Un estudio de la opinión del Médico Privado
con alta demanda de pacientes en 7 cabeceras
departamentales de Guatemala)**



MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, febrero de 1978

PLAN DE TESIS

1. Introducción
2. Hipótesis
3. Objetivos
4. Antecedentes
5. Relación Médico Paciente en Guatemala
 - A. Epoca Antigua
 - B. Epoca Actual
 - Binomio guatemalteco
 - Relación Médico Paciente en la Clínica Privada.
 - Factores que influyen en esa relación
6. Materiales y Métodos
 - Encuesta
 - Tabulación y Resultados
7. Conclusiones
8. Recomendaciones
9. Bibliografía

INTRODUCCION

Guatemala es un país históricamente rico y pobre. Es rico porque guarda esperanzas, está en un proceso de transformación, va hacia la vida y hacia el desarrollo. Es pobre porque vive y siente la carencia de bienes materiales que coartan la satisfacción de sus necesidades.

El hombre sujeto de esta dicotomía, ha desempeñado una multiformidad de funciones; artesanía, agricultura, abogacía, filosofía, psicología, medicina, etc.

La medicina, cuya función es cien por ciento humana, se revela como una ciencia en favor de la existencia del hombre.

Actualmente vivimos en una época muy problemática, en el cual surge todo un universo de factores que perturban al hombre, como el furioso mar menea un barco.

Negativamente aparecen los trastornos sociales como: la violencia, la delincuencia, la criminalidad, analfabetismo, prostitución, vicios, desprotección de la sociedad, etc. (22).

Positivamente hablando, no necesita reafirmarse que el desarrollo que se contempla para el futuro, debe incluirse el crecimiento rápido de la producción y la ampliación acelerada de distintos sectores de la acción social pública (21). La sociedad siente la necesidad de crear puntos de apollo moral comprendido en las relaciones humanas, las cuales se muestran con diferentes nominaciones como relaciones públicas, psicología industrial, relaciones interpersonales. Y por último la introducción de máquinas en el trabajo, las comunicaciones y el hogar, que trae como inevitable consecuencia, la acomodación general del nuevo modo de vivir.

Todo ello influye notablemente sobre el hombre guatemalteco, tanto el que solicita una ayuda como el que la presta

desde el punto de vista médico. Por eso nace la idea de efectuar un trabajo sobre la relación médico paciente en Guatemala a nivel departamental. Un estudio dedicado al Médico que profesa en la clínica privada.

HIPOTESIS

Conforme pasan los años de aprendizaje en la carrera, el estudiante se percata de la forma cómo el médico se desenvuelve ante sus pacientes, y máxime cuando él mismo atraviesa las mismas experiencias.

Por los comentarios del temeroso personaje, "el Público", y por el juicio que el estudiante se forma, surge la siguiente HIPOTESIS:

El médico privado no cumple con los requisitos ideales en la relación hacía su paciente.

OBJETIVOS

1. Tratar de investigar y conocer por medio de la opinión recabada a nivel de Médico Privado, la realidad de la relación Médico Paciente.
2. Determinar las diferencias de efectividad con relación a los estilos empleados, en 7 cabeceras departamentales de Guatemala.
3. Hacer conciencia al Médico general, la importancia de la relación Médico Enfermo.
4. Intentar conocer el sentido psicológico de la enfermedad somática.

ANTECEDENTES

Tesis y trabajos sobre relación Médico paciente abarcando temas generales hay varios en Guatemala, entre los mas importantes contamos:

El Dr. Carlos F. Mora (12) habla la necesidad de conocer al hombre guatemalteco (el paciente). El Dr. Alfonso portocarrera (15) enfatiza los deberes del médico para con sus enfermos y de los médicos entre sí. Y el Dr. Ricardo Ponce (16) en una publicación analiza los factores que determinan la relación Médico Paciente.

Argumentos referidos únicamente al paciente, existe uno: tesis presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en noviembre de 1970, titulada "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, obra del Dr. Edduyn A. Figueroa.

El presente trabajo es el primer estudio que se efectúa en el país. En el cual se investiga al Médico PRIVADO.

RELACION MEDICO PACIENTE EN GUATEMALA

A) RELACIONES HUMANAS EN LA EPOCA ANTIGUA:

La relación del hombre con el hombre surgió desde que se inició la humanidad. La comunicación entre ellos desde su principio fue propiamente de satisfacer las necesidades de supervivencia. Además de cumplir con los requisitos que el organismo requería a diario, se vieron obligados a cubrir otras necesidades de tipo patológico.

El hombre un ente que supera progresivamente, en su constante devenir histórico, creó dentro de las funciones sociales aquella que satisficiera las demandas que el cuerpo humano exigía: de tipo psicológico, de tipo somático en lo que a su patología se reifere. A esta rama de las funciones sociales se le denominó "la ciencia de la Medicina". La cual se esparció por su importancia en todo el orbe.

La historia demuestra que los orígenes de la Medicina Guatemalteca se remonta a la época Prealvaridiana, la que se ha denominado "Medicina Indígena". (9)

Desde esos tiempos remotos se hace ver la relación existente entre un individuo que consultaba las dolencias que su cuerpo sufría, a otro que trataba de resolverle sus conflictos. Los Mayas a semejanza de muchos pueblos cultos de la antigüedad, dieron a la Medicina carácter sagrado, cuya liturgia era conocido por los sacerdotes de una ciencia misteriosa, que era patrimonio familiar y se heredaba a través de las generaciones. (9)

La relación de aquel que practicaba la medicina y del que recibía la curación era de tipo sagrado y espiritual, el eje principal de esta relación, era la invocación de fuerzas extraterrestres de quienes esperaban una curación.

Los males fueron considerados por los indios como castigo de los dioses y podríamos decir que la etiología morbosa era sagrada

(9). Cuando un hombre caía enfermo llamaban al sacerdote, el curandero o al hechicero: combinando oraciones y cremonias, el curandero le administraba yerbas, sin estar seguro del resultado, y su reputación como médico dependía del predominio de uno u otro resultado (10).

No podemos describir ampliamente acerca de esta fase de la historia, porque ha sido complicado el estudio de la Medicina Maya por la escasez de literatura y la difícil interpretación de los pocos hechos que nos llegan (10).

Nos trasladamos a la Epoca Alvaridiana o sea la Medicina durante la Conquista. En esta época el Arte de Curar tomaba otro caríz. Los antiguos cronistas se detienen con fervor en algunas páginas, para hacer elogio de curanderos o cirujanos que devolvían la salud de frailes y misioneros. Tal es el pasaje acaecido en 1445, de alguien que se hacía pasar por médico:

“avía en Chiapa un indio médico que dixo al Padre Fray Tomás de la Torre en viéndole, que no temiese perder la vista, que dentro de tres días le daría sano. No le creyan, porque era de mucho mal, si dixera que con mucha costa y extraordinarias diligencias y medicinas, en tres meses sanaría, y lo tuvieron como nueva del cielo. Púsose el Padre Fray Tomás de la Torre en sus manos con alguna fe por la buena fama del hombre. Aunque aquello de los tres días siempre lo tuvo por exageración, curábale de una manera extraña. Llegó el plazo de los tres días que puso el indio, y aunque el enfermo, sentía alguna mejoría, todavilla estaba malo, y sin preguntar nada al médico, él propio respondió a lo que podía argyr, y dixo al enfermo, y a los que le veían aún: padres, cuando prometí, que quedaría sano el Padre Fray Tomás dentro de tres días, entendí que el mal era reciente y començaba entonces. Pero estar cierto que a los nueve días, dirá missa y a los doze o treze mirará el sol. Cosa maravillosa, puntualmente sucedió así como el indio lo dixo, y no solo le dió al Padre Fray Tomas de la Torre por ese medio la vista, que tenia medio perdida, sino, que sin otra medicina, se le quitaron las quartanas que hacía tantos años que padecía.” (1)

Como se analiza en los párrafos anteriores la participación mutua de la persona que hacía nombrar médico y el religioso como paciente, se le puede denominar primitiva.

Es aceptable en un sentido las interrelaciones entre ambos, tanto el médico que hacía el esfuerzo de tratar de resolver el problema, basándose en medicina puramente empírica, y la creencia del religioso que no iba a sanar. Relación aunque precaria, se nota el entusiasmo del curandero que intenta responder a la llamada del enfermo.

Desde aquella época los historiadores no mencionan nada referente a los médicos, hasta el siglo XVII, en que apareció uno, quien por los estragos que hizo fue considerado como el bacilo de una peste.

Remesal al hablar de él se explica en los siguientes términos:

“Entró un hombre en la ciudad que la puso en el mayor peligro. Dijo que era médico, boticario, cirujano y herbolario famoso. Puso tienda de medicinas, y para aplicarlo visitaba a los enfermos, tomaba pulsos, recetaba pra su casa y hacía todas las demostraciones de un protomédico de la corte. Pero como el arte de curar lo debía ejercitar mas por inclinación que ciencia, y faltando el saber por sus principios, era forzado acudir a la experiencia, y ésta siendo tan dificultosa y peligrosa, había de ser a costa de los vecinos, pagaron tan bien la entrada de un buen médico que enterró él solo en la ciudad mas españoles en un año, que había en diez guerras de la Nueva España” (1).

Este ejemplo nos muestra el paso que llevaba la Medicina que no se basaba tan solo en ciencias o mitos como la ciencia primitiva, sino que se quería entablar una relación más íntima y real con el paciente, la cual se hallaba aún lejos de la realidad.

Fue hasta 1536 cuando apareció: “El Doctor Francisco Marroquín, nuestro primer maestro, nuestro primer médico, en el sentido humano de la palabra” (9).

A partir de entonces el arte de curar tomó un sendero diferente. Se consideraba al enfermo como una persona humana y no alguien a quien había que sanar solamente.

Todos estos grandes cambios se realizaron durante el imperio del cristianismo, que los españoles introdujeron a Guatemala, mediante la predicación y el amor entre los hombres.

La medicina que en ese entonces recibía en su seno, aportes más avanzados y apegado al apollo moral que la religión impartía, ayudaba a que el individuo enfermo por un lado y ente humano por otro, fuera tratado en una forma bastante ideal.

Durante mucho tiempo se observó total entrega del médico hacia su *compañero enfermo*, como se le consideraba. Pasaba hora tras hora al lado de él hasta que recobraba la salud. Bien vale la pena mencionar como ejemplo al Dr. Narciso Esparragosa y Gallardo, máximo exponente de la época colonial Universitaria. Consagró su vida al trabajo constante de su profesión, sacrificándose continuamente en aras del bien humano. No conoció jamás el descanso. Pocas horas del día para repartirlas entre sus enfermos privados y hospitalarios y su múltiple labor docente. La noche se transformaba en prolongada fiesta de meditación o bien empleado en servicios parturientos (9).

Hemos tratado de encajar a rasgos generales el camino que ha seguido la relación del médico y su paciente a nivel privado en la historia de Guatemala. Los historiadores hacen hincapie en la magnitud con que empezaron los centros hospitalarios, donde se atendía a todos los que acudían a ellos, y se hace poco énfasis al sector privado.

La relación entre el paciente y el médico antes descrita que tradicionalmente ha sido la meta de todos los médicos, corre el riesgo de deteriorarse, a causa del medio ambiente en que se desenvuelve.

El enfoque cada vez más amplio de la práctica médica está alterando las relaciones entre ellos. Cada vez es mayor la cantidad

de enfermos atendidos por grupos de médicos, clínicas y hospitales que por un médico particular independiente. Son muchas las posibles ventajas que tienen estos grupos médicos organizados, pero también existen riesgos tanto para el paciente como para el médico. Debe definirse con toda claridad la identidad del médico que es principal y constantemente responsable de cada paciente en particular. Es él quien debe vigilar el curso del enfermo y el quien debe conocer las relaciones de su paciente y la enfermedad, los medicamentos y los problemas de la vida diaria (8).

B) RELACIONES HUMANAS EN LA EPOCA MODERNA:

En las páginas anteriores se comentó la relación del médico y el paciente, su evolución y trayecto en la historia de Guatemala.

Toca ahora conversar sobre otra época diferente a la anterior y se remonta a la actual. En Guatemala como en los demás países subdesarrollados, la Modernización termina por imponerse y muy rápidamente. La Modernización entendida como una transformación de los modos generales de vida por efecto de la nueva tecnología y de la industria, supone una alteración amplia y profunda de la estructura social, y una adaptación de las pautas de conducta y los valores que rigen a la sociedad (14).

Se analizará a cada uno de los que actúan en esta relación y los factores que intervienen en ella; se ha hablado tanto del tema en general, hoy nos localizaremos directamente ante el médico que ejercita su profesión privadamente y el paciente que le consulta en la clínica.

Se contemplará primero al médico y al paciente de un modo global, luego dialogando durante una consulta en la clínica. Por último se presentarán los factores que intervienen entre ellos como la secretaria, la enfermera, etc.

EL BINOMIO GUATEMALTECO:

El hombre guatemalteco es alguien a quien se le debe

mencionar por separado de otros; puede comprobarse que sus habitantes son extremo variados. Esta diversidad que es obvia en cuando al color de la piel y la fisonomía, lo es aún más en cuanto a la indumentaria, lengua y costumbre (3). Aunque otras civilizaciones esten influyendo notablemente sobre ella.

Por lo tanto el médico y el paciente como agentes de la sociedad guatemalteca tienen características muy especiales debido a su personalidad que es necesario analizar.

La personalidad es lo íntimo de todo individuo, el resultado de todas las reacciones expresadas en su vida diaria, dentro del ambiente donde se desenvuelve (7).

Encierra distintos aspectos que podemos resumir de la siguiente forma: (7)

- a) Apariencia física:
Actitud, complexión, tipo corporal, constitución, expresión del rostro.
- b) Capacidad intelectual:
Modo de hablar, tipo de ideas, cosas que habla, estado psicológico.
- c) Emotividad:
Gustos, repugnancia, agresividad o docilidad, tranquilidad y seguridad de si mismo, enfado, tolerancia.
- d) Cualidades sociales:
Sociabilidad, diálogo, costumbres.
- e) Sistema de Valores:
Principios morales, creencias.

Con lo que respecta al factor físico, complexión, tipo corporal y la constitución, el hombre Guatemalensis se asemejará a cualquiera otro individuo latino, sin olvidar las diferencias raciales. El ladino por ejemplo posee una estatura más alta que la del indio.

Los indígenas "son regularmente de estatura baja y relativamente robustos" (10), viéndolos desde el punto de vista nutricional ideal.

La expresión del rostro dependerá de la situación en que se encuentre el individuo. Sonreirá al sentirse alegre sobre todo cuando se encuentra en su propio ambiente.

No nos atreveríamos a juzgar en nuestro país a un individuo mediante su modo de vestir, puesto que existen otros factores sobreagregados; quienes tendrán oportunidad de vestirse apropiadamente para el caso requerido, otros en cambios apenas podrán comprarse lo indispensable para cubrirse, característica observable en Guatemala por estar incluido dentro de los pueblos subdesarrollados (14).

Toda persona humana posee una capacidad intelectual; los que se encuentran debajo de los límites normales son considerados subnormales. Esta capacidad se expresa por medio del modo de hablar, estado psicológico, el tipo de ideas que cada individuo expresa (7). Cosas que va adquiriendo por la educación. Y esta educación se obtendrá por medio de la oportunidad que proporciona el factor económico.

El médico, mediante el estudio de la ciencia se capacita para un mayor desenvolvimiento dentro de la sociedad. De allí que la Universidad juega un papel importante en el campo de la educación, transmisora de toda ciencia.

A través de las emociones: repugnancia, agresividad, tranquilidad, tolerancia, etc., el médico revela el grado de aceptación del paciente que lo cuestiona.

Toda emotividad es innata en cada persona, pero sus diversas manifestaciones pueden ser moderados por el carácter de cada individuo, aunque toda acción que realiza es el reflejo de la sociedad que determina todo comportamiento humano.

Un médico que demuestra repugnancia ante un acto fisiológico de un paciente o desesperación en un caso difícil, éste

con seguridad nunca mas querrá volverlo a ver.

Por último el sistema de valores es considerado como un conjunto de actitudes que el médico y el paciente tienen frente a la vida, comprendidos en los principios morales y las creencias (7). Cada individuo posee su propia ideología, su propia filosofía, como consecuencia de la experiencia vivida, que deben respetarse por más simples que parezcan.

Tampoco debe hacerse caso omiso a las creencias que desde tiempos remotos las sociedades han estado ejerciendo, por ejemplo en la adivinación. Los indios se agitaban de miedo cuando oían el silbido o el cantar de algún ave nocturna posada en los techos de sus casas. "Cuando el tecolote canta el indio muere" (1).

Sin ir muy lejos, hoy en día en algunas regiones del país actúan los brujos, hecho que el médico debe tener presente cuando el paciente lo busca para resolver su conflicto físico que puede ser un efecto biológico, un problema psicológico o "creencias".

EL MEDICO Y EL PACIENTE EN LA CLINICA PRIVADA:

Existen dos formas en las cuales un paciente puede llegar al consultorio: en la primera mencionamos los casos de emergencia. El paciente necesita que se le atienda lo más pronto posible para resolver su profundo sufrimiento o para salvarle de aquello que pudiera ocasionarle la muerte. Estos problemas en su mayoría son llevados directamente a un hospital y no a un consultorio. En todo caso es tema diferente.

La segunda forma que tiene más relación con nuestro tema, se refiere a los casos encerrados con el nombre de "Consulta Externa", que requieren un mayor estudio y tratamiento. En este caso los pacientes llegan con quejas de lo más simple a lo más complejo, algunos necesitan del médico una sola ocasión, otros por el carácter de su enfermedad necesitan más tiempo para un tratamiento más eficaz. Al enfermo crónico se le debe advertir, con franqueza desde el principio, que su tratamiento será quizá largo,

molesto o costoso; esta advertencia redundará en una mayor cooperación por parte del enfermo. (4)

El paciente acude a la clínica por medio de un turno que con anterioridad había solicitado o que llegue el mismo día "a pedir una consulta". Toma asiento en la sala de estar, esperando el llamado de su médico. Mientras tanto, reflexiona sobre la forma de comunicar su problema intentando hacer un plan, para que no le vaya a pasar por alto ninguno o ningunos de los síntomas presentes. Si es primera consulta estará emocionadamente tenso, pensando en el médico que por primera vez va a tratar y a confiarle sus intimidades, fuera del stress que su misma enfermedad le produce.

El caso del paciente que apenas puede hablar el idioma castellano, será otro peso más que su mente tendrá que soportar al discurrir las frases que le tendrá que decir "al Doctor".

Cuál será la actitud de aquel otro que intranquilamente observa su reloj viendo pasar los minutos o quizás las horas, puesto que tiene pendientes otras cosas por realizar, refiriéndonos al que vive en la misma localidad. Cómo será de aquel que proviene de otra ciudad o de un lugar tan lejano como es el caso de la "Montaña". Posee aún más problemas serios, que incluye de la misma sobrevivencia.

Todo esto circula por la mente de aquel que se encuentra sentado y de ve en cuando por distraerse un poco sale a dar un paseo a la puerta de la calle, y volverá adoptar la posición anterior.

Mientras tanto su médico atiende un paciente en el consultorio. En la mente del galeno también ideas de todo tipo, siempre relacionados con el caso que está tratando. El paciente le lleva, uno, dos o tres interrogantes. El tendrá que conferirle una, dos o tres explicaciones, los mismos que dará igualmente a todos los pacientes que le consultarán ese día. Tal vez esté un poco agotado y deberá seguir con su actividad porque otro paciente le espera en la sala. Lo estará aún más después de cumplir responsabilidades de la misma índole en otra institución. Sin

embargo querrá que todos crean en él, queden satisfechos; la mayoría de los médicos titulados de hoy como un efecto de la época se le puede atribuir los siguientes adjetivos: "atareado", "preocupado", "cansado" (4).

Sucedará a veces que la secretaria, le avisa que un familiar, el Visitador Médico, un compañero o un amigo lo desea ver y él le contesta que lo atenderá en el próximo número.

¿Qué actitud adoptará el paciente al arrebatársele el turno? Para analizar la situación es menester colocarse en la realidad: hace varios años un compañero consultó un médico en varias ocasiones, y en una oportunidad los presentes se dieron cuenta de la preferencia que él le brindaba a un amigo cediéndole el turno que no le correspondía. Los pacientes y el compañero se mostraron molestos con la actuación del médico. El siguió frecuentándolo, pero de los otros compañeros de espera, no supo más de ellos. Es palpable la injusta actuación del mencionado galeno. Las preferencias deberían suprimirse y darle al Cesar lo que es del Cesar (18). En conclusión: "pueden permitirse algunas excepciones a favor de determinadas personas, solo estos hombres cuya misión en el mundo sea hacer el bien, o sabios que lo ilustran o artistas que lo honren. Canabis (4).

El factor tiempo es una de las causas más frecuentes de fricciones entre médicos y pacientes. Cuando los pacientes acuden puntualmente a una cita y tienen que esperar más de lo convenido, surge entonces la primera fricción, y si el médico, por pensar en otra cosa o porque tiene prisa, se muestra brusco o cortante, los pacientes salen a la calle a punto de ebullición (4).

Pacientes habrán que se comportarán como unos "grandes señores" y exigirán más de lo que deben; viendo hacia el otro extremo "los pobres dice Hipócrates son primero sumisos y dulces y enseguida malose ingratos" (15). Hay que ser honestos debe aceptarse que muy a menudo, los médicos se encuentran con ciertos pacientes que son odiosos. Al fin y al cabo, todos somos humanos. "Afortunadamente no todos los médicos rechazan a las mismas personas, porque, si así fuera éstos jamás encontrarían

quien los atendiera" (4).

Un médico es como un sacerdote, es alguien dedicado a lo sagrado porque la práctica de la medicina es una vocación (2). Pero doloroso es mencionar que algunos médicos por mas capacitados que sean, no toman en cuenta que tratan con personas, sino solamente con "un órgano enfermo", "un ingreso económico más", "un modesto caso clínico con Introducción y comentario", etc. (19).

Nos transportamos nuevamente al paciente que ansiosamente espera la indicación de ingresar al recinto. Si el médico le es conocido se saludarán y con más tranquilidad y espontaneidad se acomodará. No así con el desconocido, quien se sentirá un tanto confuso, y con una rápida mirada trata de conocer a su médico. Si se muestra éste último con mucha cordialidad, causará impacto positivo en él, si de una manera torpe y de mal carácter, le creará desde el primer momento una actitud de desconfianza.

Se establece el diálogo, el médico establece con el interrogatorio debido a quien el paciente impulsado por su dolencia.

Una persona introvertida esperaría que su médico haga la primera y todas las preguntas necesarias. Introversión observable a veces por el mismo trato que el médico le brinda; tal como sucede con pacientes de escasos recursos, a quienes se les trata con expresiones de superioridad: mirá vos! , Sentate vos! mas notorio en oriundos del campo y, en indígenas que llegan a una clínica como corderitos amansados.

Las personas extrovertidas cuentan a rienda suelta las circunstancias no importantes del caso en forma detenida, hasta que el médico se sienta obligado a cortar con suma perspicacia el diálogo. Por lo que en varia soportunidades se escucha decir: "el Dr. no le pone caso a uno".

Resultaría monótono al paciente que su médico se concretara a hacerle preguntas solamente relacionadas a la enfermedad. Sí el

caso lo amerita, una broma sutil de vez en cuando, con seguridad creará un ambiente de confianza. El Dr. Berne hace observar que los juegos son transacciones reitrativas consertadas con el fin de luchar contra el aburrimiento y dar una impresión de productividad (4).

"No le entendí nada al doctor" es otra expresión dicha por los pacientes. Obliga a pensar que el médico emplea palabras difíciles de entender, familiarizado a usar lenguaje médico entre sus colegas, se olvida a veces, que la persona que tiene frente a sí, le está entendiendo o no. Por lo que es conveniente acostumbrarse a emplear terminología sencilla ante el paciente.

Por otra parte se escuchan alusiones alentadoras como "el Dr. Fulano es formidable", y se refieren a médicos que reciben, escuchan y tratan a su paciente con suma amabilidad.

Habiendo sido interrogado el paciente, el médico lo invitará al lugar de la camilla para el examen correspondiente. Este sería el paso a seguir normas que las aulas de la universidad ha enseñado. En ocasiones el médico tropezará con casos de emergencia en que amerita primero un examen físico para obtener de inmediato el diagnóstico del grave problema para su tratamiento salvador.

Algunos médicos que por sus años de experiencias tendrán capacidad de efectuar el interrogatorio mientras examinan a su paciente. No así con los de primeras experiencias quienes al final de la consulta se dan cuenta que hizo falta algún punto importante. El médico que trata a enfermos crónicos tendrá que concentrarse en cada examen, pobre de aquel si olvida tomarle la presión arterial a un hipertenso o se despidió de aquel que sufre de un cólon espástico sin haberle palpado el vientre (4).

En general es razonable principiar por hacer un interrogatorio minucioso. Bien se sabe que por este medio conocemos al paciente de un modo mas general, en su forma psicobiosocial. No se puede tratar adecuadamente al hombre, ni podrá curársele, aliviársele o consolarle cuando va hacia el médico en su dolencia, si no se le conoce a fondo (12).

Acontece en algunos médicos que por tratarse de una persona cualquiera hará una evaluación superficial. ¿Si se tratara de personas conocidas o familiares, se emplearían los mismos mecanismos que se utilizan en aquel? (15).

Una vez examinado, el paciente fijará sus ojos en los de su médico en espera del diagnóstico. Puede ser que le indique exámenes de laboratorios para confirmar lo que venía meditando. Se extenderá aún más su tensión al querer saber exactamente lo que padece; cuando el caso no amerita exámenes el médico le dará una impresión clínica probable; si se tratara de algo simple el paciente se serenará, y deseará explicación acerca de su mal, siendo obligación de todo médico emitir un diagnóstico entendible a toda persona que le consulta, ya que algunos pacientes no preguntan los resultados debido a su timidez.

Mientras el médico explica sobre ello, se prepara a prescribir los medicamentos pertinentes.

Es en estos últimos momentos donde él debe sacrificar un poco más de su tiempo. Una explicación sencilla pero completa sobre la forma, tiempo, lapso de administración del medicamento como también las reacciones colaterales evitarán algún desastre posterior. El apresuramiento del médico y el paciente por salir ya del paso, hacen caso omiso de estos datos importantes por mas detallada que sea la redacción de la receta.

Dependiendo de la relación que hubo entre el médico y su paciente, así será el resultado del fin que tendrá la consulta. Se refleja en el estado de ánimo que el paciente posea al salir de la clínica. Una cara sonriente con seguridad implicará una relación idealmente óptima. Al paciente que se le dió un diagnóstico de mal pronóstico, es imprescindible conferirle palabras alentadoras. Es así como una palmadita en el hombro, un revolver levemente los cabellos, una sonrisa, se van convirtiendo la expresión de afecto del médico y deja en el paciente, una tremenda sensación de calma (19).

Un hasta pronto Don Jerónimo, que siga mejor. Son palabras

últimas de aliento para el paciente que deja tras de sí el lugar donde existe alguien quien vigila por él.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA RELACION:

Son aquellos factores que de una u otra forma toman parte en el trato que recibe el paciente al acercarse a una clínica para consultar a su médico. En esta sección se comentará brevemente de ellos.

La presentación ante el paciente del consultorio médico, es muy importante desde todo punto de vista. Con plena seguridad todo paciente deseará sentarse gustosamente a esperar, en una silla suficientemente confortable. ¿Qué opinión se formaría usted de su médico al esperarlo sentado en un vulgar y sucio sillón? (4). O ¿Una sala de espera sin ningún cuadro o almanaque que adorne sus paredes? ¿Estaría gustoso si coge una revista interesante de publicación reciente y se entretenga leyendo para matar el tiempo?

La presentación grata de la sala persuadirá la tensión presente en el paciente y más aún cuando le llegan melodías que le delitan o que le haga recordar momentos de esparcimiento. ¿Qué sucedería si se eligiera un lugar apropiado donde se coloca un aparato de televisión o se proyectan películas relacionadas a medicina práctica?

Todo es ideal para solaz y entretenimiento del paciente que impacientemente espera. Ratos en los cuales estará emocionalmente tenso por la misma enfermedad y por otros motivos que rememoramos en párrafos anteriores. En nuestro medio siempre se ve: sillas simples o sillones más cómodos dispuestos alrededor de una sola pieza, una mesa conteniendo distintas clases de revistas; cuadros que versan sobre temas de medicina pegados a la pared. En algunas clínicas el ambiente es alegrado por un aparato de sonido de alguna música.

En todas las clínicas se encuentran una persona encargada de recibir y dar el turno correspondiente a los pacientes que van llegando. Esta persona que bien puede ser una secretaria o una

enfermera, ocupa un papel primordial en la relación del médico y paciente.

La persona que tenga un grado de escolaridad adecuado sabrá con seguridad relacionarse con aquel enfermo que arriva a la clínica. Lo mismo sucederá con la que posee más años de experiencia en ese ramo.

Una enfermera o secretaria debe tener una serie de cualidades para atender al paciente. Deberá poseer una adecuada receptividad, buena colaboración, excelente privacidad, agradable expresión en el rostro, don de gentes, un alto grado de relaciones humanas. No se diga el aseo personal que son cosas fundamentales en vida diaria.

Una secretaria se observaría ridícula al ponerse hablar y a carcajearse con alguna persona frente al que sufre por su padecimiento. U otras que crean cierto grado de discordia entre los presentes porque no hacen pasar a los pacientes al consultorio en un orden debido, sea por descuido o por pura preferencia, comportamiento que debe achacarse bajo todo punto de vista.

Todo lo dicho, encierra en forma somera los factores que de una u otra manera influyen en la relación Médico Enfermo.

MATERIALES Y METODOS

PLAN GENERAL:

El procedimiento empleado en la presente investigación ha sido el METODO CIENTIFICO, cuyos pasos son:

1. Fuente material (revisión de literatura)
2. Fuente humana (diálogo con personas competentes)
3. Trabajo de campo (encuesta en poblaciones)
4. Resultados (conclusiones del trabajo).

MATERIAL HUMANO:

- Maestros y profesores de la facultad de Medicina.
- Srita. Bibliotecaria de la Facultad de Medicina.
- Médicos de Cabeceras departamentales de Guatemala.
- Personal Médico y Administrativo del Hospital Nacional de Retalhuleu.
- Colaboración directa ofrecida por: Dr. Eddyin Figueroa G., Psicólogo, Dr. Julio Ponce, Dra. Anethe de Fortín e Investigador y Pedagogo Marco A. de Paz.

MATERIAL FISICO:

- Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Biblioteca del Colegio Médico.
- Biblioteca del IGSS.
- Clínicas Médicas privadas de los departamentos de Guatemala.
- Hospital Nacional de Retalhuleu.

INFORMACION PRELIMINAR:

Una vez compenetrados sobre el tema que nos preocupa, se

decide seleccionar el procedimiento que dará como resultado una imagen de lo que en realidad es la Relación Médico Paciente en Guatemala basado en la hipótesis, el médico privado no cumple con los requisitos ideales en la relación con su paciente.

Se eligió como instrumento el sistema de "Formulario de Encuesta", un cuestionario de tipo cerrado.

Está compuesto de tres partes:

- a) Datos generales del Médico Entrevistado.
- b) Datos específicos del Médico Entrevistado.
 1. Observaciones del entrevistador.
 2. Interrogatorio al Médico Entrevistado.
- c) Datos varios del personal NO Médico que labora con el Médico.

Por heterogeneidad de la muestra, la mayoría de las preguntas fueron formuladas de manera que sus respuestas sean clasificadas bajo 3 punteos distintos, con un orden jerárquico y valores definidos faciliten posteriormente su tabulación.

Ejemplo:	Pregunta	Respuesta:	Orden	Valor
			1	Punteo Mínimo
			2	Punteo Medio
			3	Punteo Máximo

Un ejemplar del cuestionario ofrecemos al lector en páginas posteriores, (Págs. 47 al 53)

El trabajo de campo comprendió la entrevista directa a médicos que profesan en un nivel privado. Se eligieron al azar 7 cabeceras departamentales de la República de Guatemala, siendo estos, Antigua Guatemala, Chimaltenango, Chiquimula, Escuintla, Mazatenango, Retalhuleu, Santa Cruz del Quiché "CATALOGADOS PREVIAMENTE POR EL PUBLICO DE LA POBLACION ENCUESTADA, POR MEDICOS CON ALTA DEMANDA DE PACIENTES" y tomados también al azar, se entrevistaron a diez de ellos en cada localidad, excepto en los

departamentos de Chimaltenango, Retalhuleu, y Santa Cruz del Quiché que por el número reducido, se escogió la mitad de lo establecido. Un total de 55 médicos.

TABULACION DE RESULTADOS:

Considerando efectuado el trabajo de campo daremos seguidamente los resultados de los datos obtenidos, siguiendo el mismo orden del cuestionario para su tabulación.

a) DATOS GENERALES DEL MEDICO ENTREVISTADO:

1. Todos los Médicos Entrevistados en las 7 poblaciones del país, son del:

SEXO MASCULINO

2. LUGAR DE NACIMIENTO:

El 45.4o/o del total provienen de un departamento distinto de donde ejercen su práctica médica en el momento de la entrevista.

UN SOLO médico es de origen extranjero.

EL GRUPO RESTANTE ejerce la medicina en su lugar natal.

3. EDAD DE LOS MEDICOS:

Más de la mitad de todos los entrevistados son Médicos de Edad intermedica.

CUADRO No. 1

Edad en años	Médicos Entrevistados	o/o
30-40	31	56.36
41-50	17	36.96
51-60	5	9.09
61-70	1	1.81
71-80	1	1.81

4. SITUACION DE LA CLINICA:

El 61.80/o de médicos poseen la clínica en el mismo local donde residen.

El 38.19/o/o viven separados de la clínica.

5. PRACTICARON SU PROFESION en otro departamento anteriormente el 56.36/o/o de médicos. El resto solamente en el lugar de nacimiento.

6. RAZA:

TODOS SON LADINOS. EXISTE
SOLAMENTE UN MEDICO DE
RAZA INDIGENA.

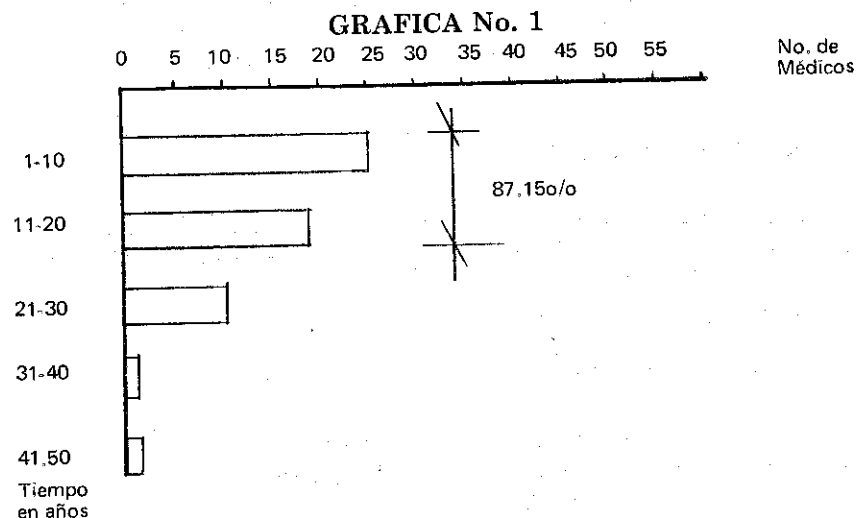
7. ESPECIALIDAD MEDICA:

CUADRO No. 2

Cirugía	37 médicos
Medicina Interna	4 médicos
Neurología	2 médicos
Traumatología	1 médico
+	44 Médicos Especialistas.
	11 Médicos Generales
	55 Médicos Entrevistados

De los médicos entrevistados, 44 de ellos poseen alguna especialidad, el estudio demostró mayoría absoluta a Cirugía General (incluyendo ginecobstetricia y a todos los médicos que practican cirugía sin obtener ningún título de ello).

10 TIEMPO DE ESTAR EJERCIENDO LA PROFESION:



b) DATOS ESPECIFICOS DEL MEDICO ENTREVISTADO

1. OBSERVACION DEL ENTREVISTADOR:

CUADRO No. 3
CUALIDADES PERSONALES DE LOS MEDICOS
CALIFICADOS DEL 1 AL 3

Cualidades	Punteos			TOTAL
	Mínimo	Medio	Máximo	
1. Apariencia Física		19	36	
2. Salud	1	10	44	
3. Manera de Vestirse	1	21	33	
4. Aseo Personal		6	49	
5. Gestos		23	32	
6. Sentido del Humor	8	23	24	
7. Expresión del Rostro	2		53	
8. Pronunciación		7	48	
9. Velocidad en el habla	3	8	44	
	15	17	363	
	3.03	23.63	73.33	100o/o
	o/o	o/o	o/o	

El 73.33o/o de los médicos guatemaltecos entrevistados poseen cualidades excelentes (valor máximo obtenido), de ellos la cualidad sobresaliente es la expresión agradable del rostro. Solamente el 3.03o/o resultan calificados con un punteo mínimo y el mal sentido del humor resalta en el gremio médico.

B) INTERROGATORIO:

Hacemos la siguiente aclaración que el NUMERO dado a cada pregunta va en correlación directa con la muestra del cuestionario, siendo este el motivo por el cual se dispone de un solo orden, facilitando así su tabulación.

10. LA SALA DE ESPERA DEL MEDICO ES:

Lujosamente presentable en un 23.64o/o
Medianamente presentable en un 47.27o/o
Pobrememente presentable en un 29.09o/o

11. DISTRACCIONES EN LA SALA DE ESPERA:

Música — 10.00o/o
Revistas — 56.36o/o
Ausentes — 32.72o/o



12.

EL 20o/o EJERCE SU PROFESION SOLAMENTE EN LA CLINICA PRIVADA. Y EL 80o/o TAMBIEN TRABAJAN EN OTRA INSTITUCION.

13. EL MEDICO SALUDA A SU PACIENTE AL INGRESAR AL CONSULTORIO:

Siempre en un 49.09o/o
A veces en un 40.00o/o
De entrada le pregunta por su enfermedad en un 10o/o.

15. EN EL PROXIMO NUMERO DE TURNO ATIENDE:

Al visitador médico en un 20.00o/o
Al compañero en un 25.45o/o
Al amigo en un 27.27o/o
Según el turno correspondiente 27.27o/o

16. EL MEDICO LLAMA AL PACIENTE POR SU NOMBRE:

Siempre 7.27o/o
A veces 49.69o/o
Nunca 43.64o/o

17. SIEMPRE QUE EL CASO LO AMERITE EL MEDICO BROMEA CON SU PACIENTE:

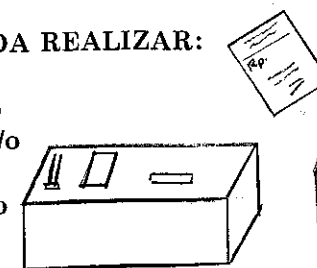
Siempre 16.36o/o
Ocasionalmente 52.73o/o
Nunca 30.91o/o

18. EN EL TRANSCURSO DE UNA CONSULTA:

El 87.27o/o se concreta hacer preguntas solamente relacionados a la enfermedad, y
El 12.72 también efectúan preguntas de índole distinta.

19. A LOS MEDICOS LES AGRADA REALIZAR:

El interrogatorio en un 5.45o/o
El examen físico en un 10.90o/o
Recetar en un 16.36o/o
Todos por igual en un 41.81o/o



20. EL MEDICO EFECTUA:

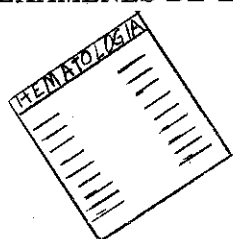
Un examen general minucioso en un 32.73o/o

Un examen general somero en un 30.91o/o
 Examina solamente la zona enferma en un 36.36o/o

21. Según los encuestados, DE UNA CONSULTA AL PACIENTE LE AGRADA:

El tratamiento en un 65.45o/o
 El examen físico en un 3.65o/o
 El interrogatorio en un 36.90o/o

22. EXAMENES DE LABORATORIO:



18 médicos lo ordenan con una frecuencia de 75o/o
 24 médicos lo ordenan con una frecuencia de 50o/o
 13 médicos lo ordenan con una frecuencia de 25o/o

23. EL MEDICO EMITE UNA EXPLICACION:

Amplia el diagnóstico en un 30.91o/o
 Sencilla del diagnóstico en un 58.98o/o
 Por la brevedad del tiempo se le olvida emitir diagnóstico en un 10.91o/o

24. ANTE LA ENFERMEDAD DE SU PACIENTE, EL MEDICO SE MUESTRA PREOCUPADO:

Bastante 38.18o/o
 Poco 58.18o/o
 Nada 3.64o/o

25. LE EXPLICA A SU PACIENTE LA FORMA MAS RAPIDA Y ECONOMICA DE ADQUIRIR LA MEDICINA:

Siempre 36.36o/o
 A veces 45.45o/o
 Nunca 18.18o/o



26. EL TRATAMIENTO:

Lo explica en forma amplia en un 40.00o/o
 Lo explica en forma regular en un 21.81o/o
 Lo explica en forma corta en un 38.18o/o

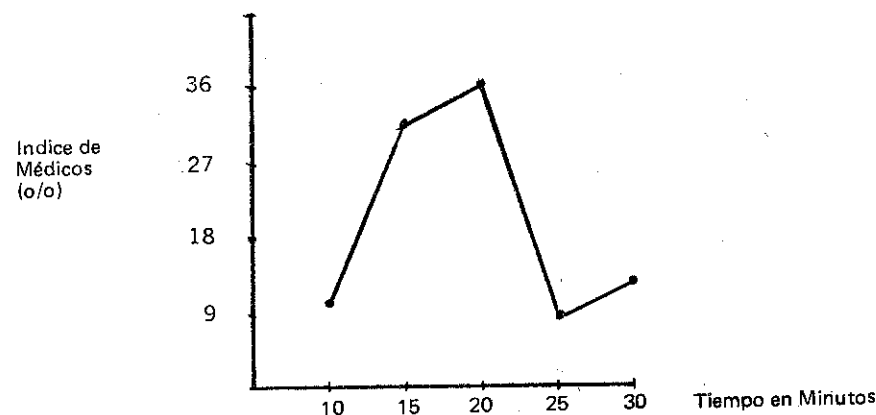
27. DONA MEDICAMENTOS:

A cualquiera de sus pacientes 30.91o/o
 A pacientes de escasos recursos 50.91o/o
 A pacientes conocidos 18.18o/o

28. TIEMPO QUE LE DEDICAN LOS MEDICOS A SUS PACIENTES DURANTE UNA CONSULTA:

La gran mayoría emplea un tiempo promedio de 20 minutos, mientras otro pequeño grupo utiliza un período que fluctúa entre 10 minutos. Así lo demuestra la gráfica:

GRAFICA No. 2



29. EL MEDICO CANSADO FISICAMENTE ANTE UNA O VARIAS CONSULTAS PENDIENTES:

Descansa momentaneamente y luego prosigue 32.73o/o
 Prosigue atendiendo 7.27o/o
 Les da otra cita 60.00o/o

30. FRECUENCIA CON QUE LOS MEDICOS HAN CAMBIADO PERSONAL NO MEDICO (secretaria):

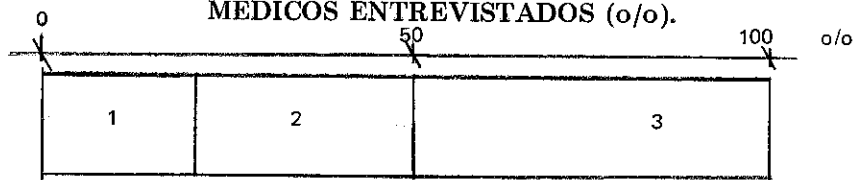
Nunca 38.18o/o
 Pocas veces 47.27o/o
 Frecuentemente 14.55o/o

Para tener una visión amplia de los resultados exponemos a continuación datos globales de los cómputos.

El cuadro No. 4 revela el Gran Total de las preguntas formuladas en el cuestionario por los 3 punteos en que se clasificaron las respuestas. Nos indica la calidad de relación Médico paciente en 7 cabeceras departamentales de la república de Guatemala.

CUADRO No. 4

CALIDAD DE RELACION MEDICO PACIENTE DE 55 MEDICOS ENTREVISTADOS (o/o).



- 1: Calidad Mínima 15.73o/o
 2: Calidad Media 34.62o/o
 3: Calidad Máxima 49.64o/o

El 49.64o/o del total expresa una relación médico paciente OPTIMO. Se observa sin embargo que no llega exactamente a la mitad de todos los entrevistados, faltaría pues alcanzar la otra mitad, ocupado ahora por una relación con Calidad Media y mínima.

Para obtener los resultados con mayor exactitud hubo necesidad de hacer 2 grupos de poblaciones. De la muestra se tomó como standard 10 médicos por localidad (Primer Grupo), excepto en tres poblaciones donde se entrevistaron solamente la mitad (Segundo Grupo)

PRIMER GRUPO:

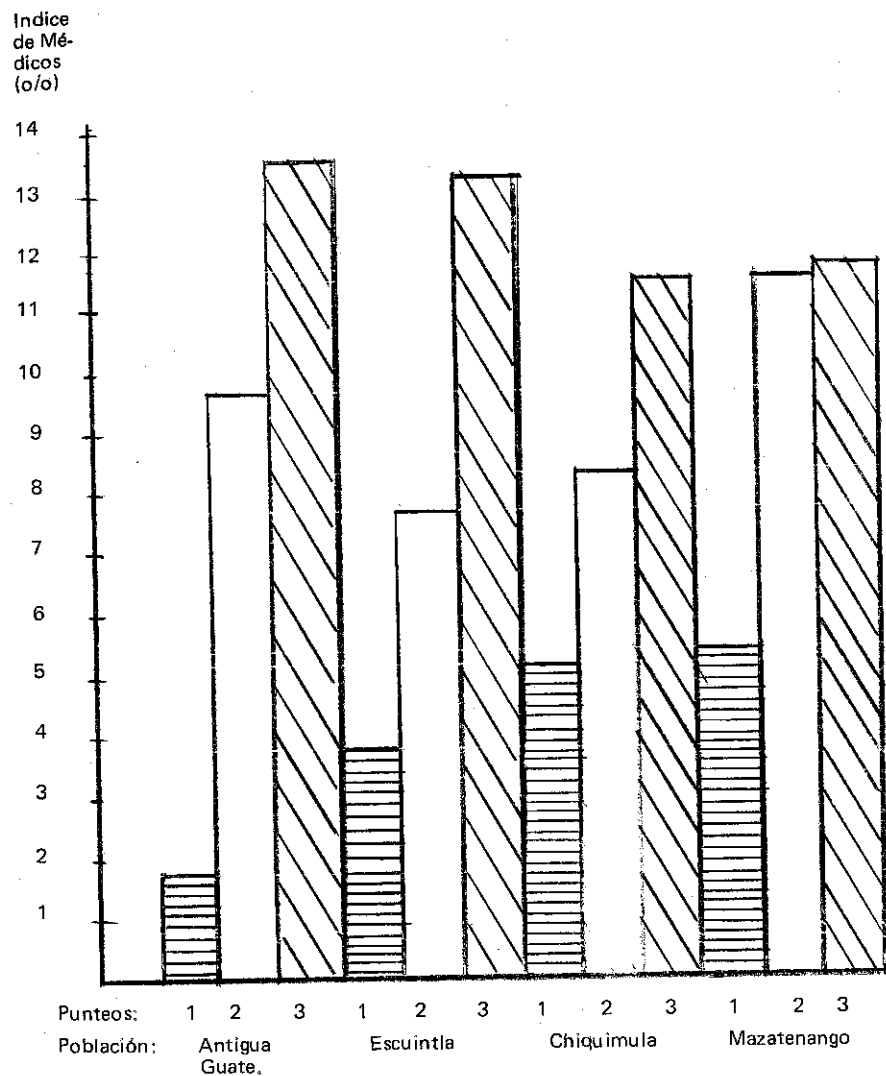
CUADRO No. 5

CALIDAD DE RELACION MEDICO PACIENTE EN 4 POBLACIONES

Calidad	Población (o/o)				Total o/o
	Anti-gua	Escuin-tla	Chiquim.	Mazate-nango	
1 Mínimo	1.63	3.91	5.21	5.32	16.07
2 Medio	9.78	7.82	8.36	11.41	37.37
3 Máximo	13.58	13.26	11.41	11.84	50.09

Para obtener una visión concreta del cuadro anterior exponemos la siguiente gráfica.

GRAFICA No. 3



El médico posee una relación OPTIMA hacia su paciente en las 4 poblaciones encuestadas, se observa el 50.09o/o del total (cuadro No. 5). De esos, el valor más alto alcanzado le corresponde a Antigua Guatemala con el 13.5o/o.

Existe una relación deficiente en la cabecera departamental de Mazatenango donde se obtuvo el valor mas alto, y es de 5.32o/o.

SEGUNDO GRUPO:

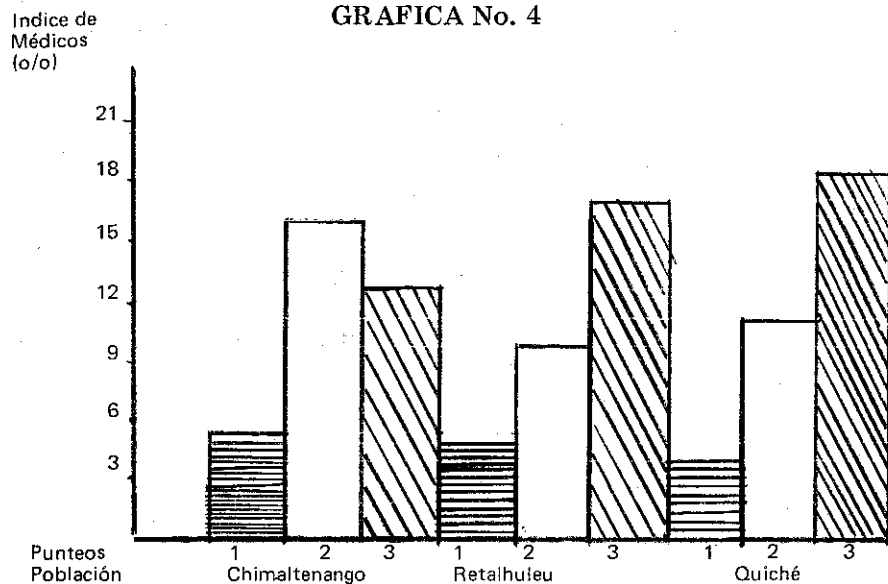
CUADRO No. 6

CALIDAD DE RELACION MEDICO PACIENTE
EN 3 POBLACIONES (o/o)

Población	Calidad (Punteos)		
	1 Mínimo	2 Medio	3 Máximo
Chimaltenango	5.79	15.36	12.2
Retalhuleu	5.50	9.85	17.95
Sta. Cruz Quiché	3.45	11.59	18.26
TOTAL o/o	14.74	36.8	48.4

Y para lograr un panorama más claro del cuadro anterior exponemos la gráfica siguiente:

GRAFICA No. 4



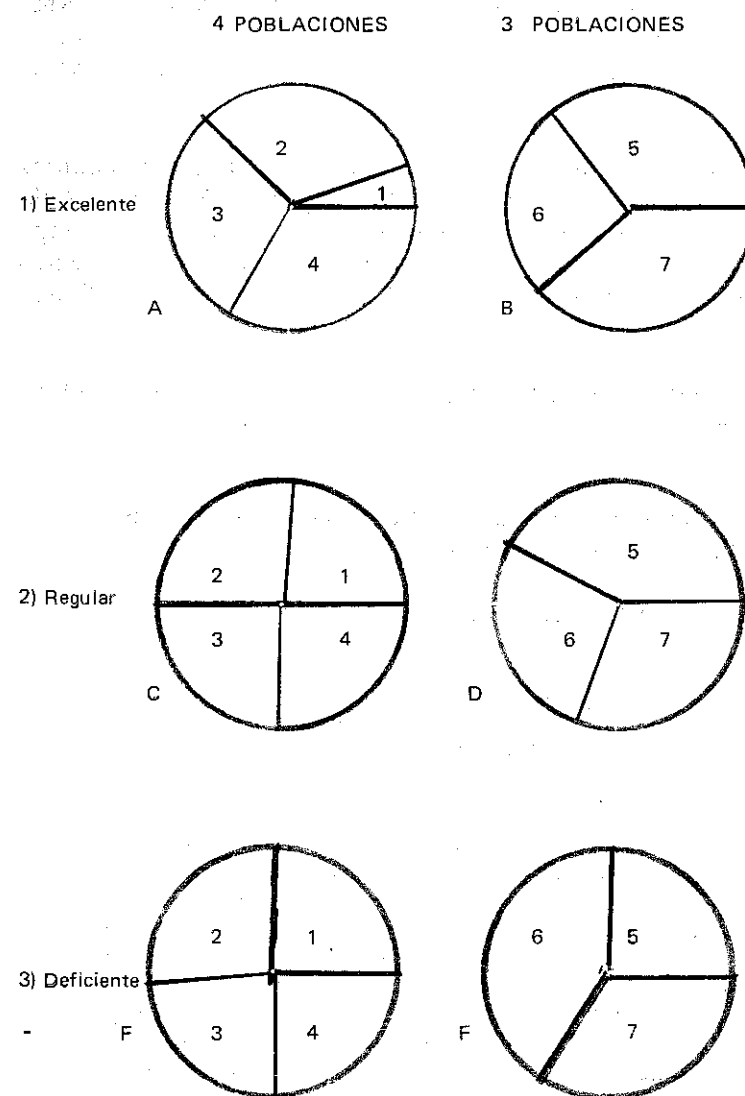
La relación médico paciente en este grupo también se manifiesta OPTIMAMENTE ya que se reporta el 48.40/o del total. El 18.26o/o el valor más alto alcanzado le corresponde a la cabecera departamental del Quiché. Una relación deficiente existe en la población de Chimaltenango, donde se logra el 5.79o/o, dato mas alto obtenido.

A pesar de las diferencias entre los 2 grupos en cuanto a número de entrevistados se refiere, la muestra recogido simbolizará siempre por igual en cada población que se indagó, cada gremio médico encuestado estuvo representando el valor de su localidad.

Por lo que se presentará datos comparativos entre los dos grupos de las poblaciones, haciendo ver la similitud existente en cada lugar.

GRAFICA No. 5

FIGURAS COMPARATIVAS QUE DEMUESTRAN LA RELACION MEDICO PACIENTE ENTRE 2 GRUPOS DE POBLACIONES



REFERENCIAS:	1) Antigua Guatemala	6.52	39.13	54.35
	2) Escuintla	15.65	31.30	53.04
	3) Chiquimula	20.87	33.48	45.65
	4) Mazatenango	21.30	31.30	47.4
	5) Chimaltenango	17.39	46.09	36.52
	6) Retalhuleu	10.43	34.78	54.78
	7) Quiché	16.53	29.56	53.91

Podemos otear que los valores de las áreas de los cuadrantes de la figura E son equivalentes a las de la figura F. Esto nos revela que Antigua Guatemala, Escuintla, Chiquimula y Mazatenango existen médicos con una relación Excelente hacia sus pacientes semejante a los de los departamentos de Chimaltenango, Retalhuleu y Quiché.

Estas mismas analogías se pueden verificar con los punteos Mínimo y Medio.

C) DATOS GENERALES DEL PERSONAL NO MEDICO QUE LABORA CON EL MEDICO:

— El 85.45o/o de los médicos tienen una persona encargada de recibir y atender a los pacientes, y en Guatemala lo efectúa la Secretaria. El 15.55 no cuentan con mencionada persona.

— SEXO: TODAS SON DEL SEXO FEMENINO.

CUADRO No. 7
EDAD EN AÑOS DE LAS SECRETARIAS

PERSONAS	AÑOS
33	15-25
11	26-35
2	36-45
1	46-50

— TODAS LAS ENTREVISTADAS SON DE RAZA LADINA

— PROCEDENCIA:

53.19o/o provienen de la misma localidad donde operan.

17.02o/o son originarios de otro departamento.

31.9 o/o proceden de un municipio del departamento donde ejercen su profesión.

— ESCOLARIDAD:

El 38.29o/o poseen una escolaridad de nivel secundario.

El 29.5 o/o se encuentran estudiando o es el último grado donde escalaron.

EL RESTO del total el nivel académico no llegó mas allá de la primaria.

— TIEMPO DE ESTAR EJERCIENDO LA OCUPACION

CUADRO No. 8

Menos de 6 meses	31.91o/o
7 meses - 12 meses	25.53o/o
13 meses — 5 años	27.65o/o
6 años — 10 años	6.38o/o
11 años — 15 años	6.38o/o
Mayor de 15 años	2.12o/o
TIEMPO	MEDICO(o/o)

CONCLUSIONES

Del estudio de la relación médico paciente en el área departamental mediante una encuesta, se obtuvieron las conclusiones siguientes:

A) INDIVIDUALES:

1. La muestra aunque no sea la ideal, permitió obtener datos confiables.
2. La muestra recogió datos ampliamente generales del tema.
3. Del resultado de la entrevista, se cree que la opinión referida fue en su mayoría sincera.
4. La muestra recopiló datos de médicos con alta demanda de pacientes.
5. El 100o/o de los entrevistados es del sexo Masculino.
6. Mas de la mitad de médicos estan comprendidos en la edad de adultos maduros.
7. La muestra representó que la mayoría de médicos son de un estrato socioeconómico Medio.
8. La mayor parte de Médicos ordenan exámenes de laboratorio en una frecuencia de 50o/o.
9. Factores que favorecen la Relación Médico Paciente:
 - a) La presentación general (apariencia física, salud, manera de vestirse, aseo personal, sentido del humor, expresión del rostro) excelente del médico.
 - b) La sala de espera con una presentación halagadora.

c) La exposición de revistas en la sala de espera para esparcimiento del paciente.

d) El saludo cordial del médico al ingresar el paciente a la clínica.

10. Factores que perjudican la relación Médico paciente:

a) Solamente un tercio de médicos saludan al paciente al ingresar al consultorio.

b) La atención preferente del médico hacía el paciente.

c) La dedicación exclusiva a la enfermedad sin tomar en cuenta a la persona y su situación.

d) Un examen físico dedicado unicamente a la zona enferma.

e) Poca preocupación posterior del médico hacía la enfermedad de su paciente.

f) La eventual información sobre la forma más rápida y económica de adquirir la medicina.

B) GENERAL:

La relación Médico Paciente es categoricamente OPTIMA, pero que no llega en cantidad a la mitad del total de médicos entrevistados. Aspecto que el gran grupo Médico debe observar para superar la otra mitad. (cuadro No. 4).

RECOMENDACIONES

1. Seguir estimulando al gremio médico para tener un concepto más profundo de la relación médico paciente.
2. Crear en la facultad de Ciencias Médicas programas especiales de atención ideal de pacientes para los futuros estudiantes.
3. Poner auténticamente en práctica esa interrelación que tanto se ha hablado y no quede nada mas grabado en los libros.
4. Considerar al paciente como "Un familiar mío y por lo tanto tratarlo como tal", debemos tener presente siempre.
5. Efectuar estudios con temas específicos comprendidos en el presente trabajo.

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE EN GUATEMALA

Lugar

DATOS GENERALES DEL MEDICO ENTREVISTADO:

1. Sexo: M F
2. Lugar de nacimiento:
3. Edad:
4. La clínica está o no separada de su residencia: SI NO
5. Otros lugares donde ha permanecido ejerciendo suprofesión privada:
6. Raza: I L Extranj.
7. Estado Civil: C S U D V
8. Religión:
9. Especialidad Médica:
10. Tiempo de estar ejerciendo la práctica Médica:

DATOS GENERALES DEL MEDICO ENTREVISTADO:

A) OBSERVACION:	3	2	1
	Excelente	Regular	Malo
1. Apariencia Física	—	—	—
2. Salud	—	—	—

Continuación de Datos Generales del Médico Entrevistado:

A) OBSERVACION:	3	2	1
	Excelente	Regular	Malo
3. Manera de vestirse	—	—	—
4. Aseo Personal	—	—	—
5. Gestos	—	—	—
6. Sentido del Humor	—	—	—
7. Expresión del rostro	Agradable	3	
	Desagradable	1	
8. Pronunciación	Adecuada	3	
	Tipo Medio	2	
	Inadecuada	1	
9. Velocidad en el habla	Moderada	3	
	Lenta	2	
	Rápida	1	

B) INTERROGATORIO:

10. La sala de espera es:

Lujosamente presentable	3
Medianamente	2
Pobremente	1

11. Distracciones en la sala de espera:

Revistas

Música

Televisión

Ausente

12. ¿Trabaja en otra institución? SI NO

13. Al ingresar el paciente a su consultorio, lo saluda:

Siempre	3
A veces	2
Nunca	1

14. Utiliza terminología difícil ante su paciente:

Siempre	3
A veces	2
Nunca	1

15. En el próximo número de turno atendería usted:

Al visitador médico
Al amigo
Al compañero
Según el turno correspondiente

16. ¿Le pregunta o le llama por su nombre?

Siempre	3
A veces	2
Nunca	1

17. Si empre que el caso lo amerite durante una consulta, bromea usted con su paciente:

Si empre	3
----------	---

Ocasionalmente	2
Nunca	1

18. En el transcurso de una consulta:

Se concreta solamente a hacer preguntas relacionadas a la enfermedad.

También preguntas de índole distinta.

19. Lo que más le agrada realizar es:

El interrogatorio	
El examen físico	
Recetar	
Orientar a su paciente	
Todos por igual	

20. Efectúa usted:

Examen general minucioso	3
Examen general somero	2
Examina solamente la zona enferma	1

21. Cree usted que al paciente le agrada más:

El tratamiento	3
El examen físico	2
El interrogatorio	1

22. Con respecto a los exámenes de laboratorio con qué frecuencia los ordenó usted?

55o/o

50o/o

25o/o

23. A su paciente: Le da una explicación amplia sobre el diagnóstico 3
Una explicación sencilla 2
Por la brevedad de tiempo se le olvida emitir diagnóstico 1
24. Repite usted las veces necesarias las explicaciones a su paciente: Si empre 3
A veces 2
Nunca 1
25. Ante la enfermedad de su paciente se muestra usted preocupado: Bastante 3
Poco 2
Nada 1
26. Le explica la forma más rápida y económica de adquirir la medicina: Siempre 3
A veces 2
Nunca 1
27. El tratamiento: Lo explica en forma amplia 3
Lo explica en forma regular 2
Lo explica en forma corta 1

28. Dona medicamentos:

A cualquiera de sus pacientes	3
A pacientes de escasos recursos	2
A pacientes conocidos	1

29. Tiempo promedio que dedica a un paciente:

30. Aún en estado de cansancio físico ante una o varias consultas pendientes:

Descansa momentaneamente y	
luego prosigue	3
Prosigue atendiendo	2
Les da otra cita	1

31. Con respecto al Personal no Médico:

No lo ha cambiado	3
Lo ha cambiado pocas veces	2
Lo ha cambiado frecuentemente	1

DATOS VARIOS DEL PERSONAL NO MEDICO QUE LABORA
CON EL MEDICO:

1. Sexo: M F
2. Edad:
3. Estado civil: S C U D

4. Raza: I L Extranj.

5. Procedencia:

Local
Municipal
De otro departamento

6. Grado de escolaridad:

Diversificado
Secundaria
Primaria

7. Tiempo de experiencia:

	3	2	1
8. Colaboración	excelente	regular	mala
9. Manera de vestirse	—	—	—
10. Aseo Personal	—	—	—
11. Amabilidad	—	—	—
12. Comportamiento	—	—	—
13. Expresión del rostro	Agradable		3
	Desagradable		1

BIBLIOGRAFIA

1. Asturias, Francisco. Historia de la Medicina en Guatemala. Guatemala, Editorial Universitaria, 1958. pp/477.
2. Alegría, Pedro. Factores que intervienen en la Relación Médico Paciente en las instituciones de seguridad social (IMSS). Boletín Médico, México, 18 (9): Sept. 1976.
3. Adams, Richard N. Encuesta sobre la cultura de los ladinos en Guatemala. 2a. Edición. (Guatemala), 1964. pp/302. Centro Editorial José de Pineda Ibarra, Ministerio de Educación Pública.
4. Bates, Richard. El sutil Arte de entender pacientes. Traducido por: Bisson y Conde. México, Ediciones P.L.M., S.A. No. 184, 1974. pp/171.
5. Best, Yonh. Como Investigar en educación. Traducido por María R. Paya, Madrid, Moraya. 3a. Edición, 1974. pp/504.
6. Figueroa G., Eddyin. Consideraciones Generales sobre la Relación Médico Paciente. Guatemala, Editorial Piedra Santa, 1970. pp/53.
7. Gregg, Sferra, y otros. Personalidad y Relaciones Humanas. MC Graw Hi ll de México, 1970. pp/234.
8. Harrison, y otros. Medicina Interna. 4a. Edición. México, La Prensa Médica, Mexicana, 1970. pp/3-4.
9. Martínez, D. Carlos. Las Ciencias Médicas en Guatemala, origen y evolución. 3a. edición. Guatemala, 1964. pp/579.
10. Morley, G. Sylvanus. La Civilización Maya, fondo de cultura económica. Av. Universitaria, México, 1968. pp/37.
11. Monteforte, T. Mario. Guatemala Monográfica Sociológica.

2a. Edición. Editorial Cultura, Ciudad Universitaria, México, 1965. pp/682.

12. Mora, Carlos F. Homo Guatemalensis. Revista Juventud Médica. Guatemala (1), septiembre 1961. pp/3-7-11-12.
13. Meza, César. Investigación, Objeto, Actitud, y Recursos psicoterapéuticos por el Médico General. Revista Colegio Médico. Guatemala 5 (1): Marzo 1954. pp/6-11.
14. Noval, Joaquín, otros. Integración Social en Guatemala (Vol. II). Editorial Pública José de Pineda Ibarra, Guatemala, 1959. pp/454.
15. Portocarrero, Alfonso. Deontología Médica. Tesis de Graduación para Médico y Cirujano. Editorial Piedra Santa. Guatemala 19 D. pp/52.
16. Ponce, Ricardo. La Relación Médico Paciente. Revista del Colegio Médico. Guatemala 19 (3): Sept. 1971. pp/253-257.
17. Roser, José F. Diccionario de Sinónimos españoles. Primera Edición. Editores Mexicanos Unidos, México 1971. pp/372.
18. Sagrada Biblia. 6a. Edición. Traductor: Petisco José. Madrid. Editorial Apostolado de la Prensa, S.A. 1956. Mateo Cap. 22 versículo 21.
19. Soto, O. Santiago. La Relación Médico Paciente. Revista Médica de Chile, 104(9). Sept. 1970.
20. Tamayo, D. Rubén. La enseñanza de la Relación Médico Paciente durante los estudios de pregrado y postgrado en el IMSS. Boletín Médico. México Vol. 18 (8). Agosto 1970.
21. UNICEF, SIECA, ODECA. Las Sociedades Centroamericanas Actuales. Editorial José de Pineda Ibarra. Ministerio de Educación, Guatemala, 1972. pp/317.

Br. Francisco Medrano López

Dr. Waldemar Alvarado B.
Asesor

Dr. Carlos Sandoval Paiz
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano