

Actitudes ante la enfermedad en los Estudiantes de Medicina

M^a Dolores Domínguez Santos
Amalia Gómez García
José A. Mazaira Castro
Antonio Rodríguez López
Facultad de Medicina
Universidad de Santiago

INTRODUCCION

“Existe una línea básica actitudinal en la población general de los estudiantes de medicina, altamente positiva hacia una medicina más dinámica y holística.

En el transcurso de la carrera, los estudiantes mejoran de manera espontánea esa actitud a pesar de las circunstancias poco propicias que se dan en aquella”

(Rodríguez y cols., 1985)

Los párrafos anteriores, que forman parte de las conclusiones de un trabajo experimental realizado con los estudiantes de medicina, junto con nuestra constante preocupación como docentes por la necesidad de cambios en la docencia tradicional de la medicina, constituyen el punto de partida del presente trabajo.

La OMS, en su 37 asamblea celebrada en 1984, propugna un cambio de prioridades para conseguir dentro de un plazo razonable, un nivel adecuado de salud para todos. Los puntos clave de este cambio serían, por una parte la sustitución del “hospitalcentrismo” asistencial para enfatizar la atención primaria y, por otra parte, establecer las competencias y actitudes necesarias en el personal de salud para contribuir a estos objetivos.

Conseguir dichos objetivos depende en gran medida del tipo de enseñanza que se administre y de las prioridades en los objetivos docentes que se establezcan, que se han de encaminar a reducir la veneración por la tecnología para dar relevancia a otras soluciones eficaces para muchos problemas de salud con una tecnología relativamente simple, que conduzca al futuro médico a utilizar su propia persona como el más eficaz de los medicamentos.

En este trabajo tratamos de analizar la situación del alumnado en cuanto a sus actitudes básicas y en la medida de lo posible, valorar la influencia de la información, como modificadora de estas actitudes, ya que, por el momento, es sólo a través de métodos tradicionales de enseñanza, basados fundamentalmente en la información teórica, como se produce la formación del futuro médico.

MATERIAL Y METODO

1. **SUJETOS:** La muestra de sujetos estudiada está compuesta por 230 alumnos de 4º curso de la Facultad de Medicina (curso 1990/91) de la Universidad de Santiago de Compostela a los que se administra un cuestionario que responden voluntariamente y con carácter anónimo.
2. **INSTRUMENTOS:** Hemos utilizado un cuestionario de 27 ítems, elaborado por Rodríguez y cols. (1985), a partir de afirmaciones desglosadas de las "funciones apostólicas" del médico, en el sentido de Balint, tal como las formula Abram (1981):

Función apostólica del médico 1: Creo que, como médico, mi tarea consiste en encontrar y clasificar cada dolencia de mi paciente, recetar el medicamento adecuado, o recomendar el procedimiento operatorio apropiado. La responsabilidad del paciente consiste en tomar el medicamento prescrito y seguir mis indicaciones.

Creo que el cuerpo y la mente del hombre están separados y que la enfermedad se produce en la mente o en el cuerpo. No advierto una relación entre la mente y la enfermedad corporal. La afección médica (real u orgánica) está causada por un defecto físico-químico único como, por ejemplo: la invasión del organismo por un agente externo (virus, bacteria o toxina) o por la aparición de algún desarreglo metabólico en el organismo. No asisto a pacientes que no tengan una afección médica.

Función apostólica del médico 2: Comparto la mayoría de las creencias descritas en la función apostólica 1; no obstante, creo que la afección médica de naturaleza grave puede causar a un paciente un estado depresivo o ansioso. En otras palabras, existen influencias indirectas del cuerpo sobre la mente, pero muy pocas de la mente sobre el cuerpo. Cuando estos pacientes no quieren aceptar mi afirmación de que "todo va a ir bien", o cuando su sistema nervioso no responde a los tranquilizantes o a las drogas antidepresivas, les digo que necesitan consultar a un psiquiatra. Yo también asisto a muy pocos pacientes que carecen de una enfermedad médica. Simplemente, no entiendo el término "psicosomático".

Función apostólica del médico 3: Comparto la mayor parte de los puntos de vista expuestos en las funciones apostólicas 1 y 2, pero agregaré otros. Lo que deduzco de sus afirmaciones es que ambos médicos atienden sólo a pacientes con afecciones "orgánicas" o médicamente definibles. Basado en mi práctica, creo que debo asistir a un cierto número de sus antiguos pacientes, porque advierto un gran número de pacientes que presentan síntomas en su organismo, pero no una enfermedad definible.

También creo en las afecciones del cuerpo y de la mente, y sostengo que las enfermedades del organismo pueden ser identificadas por un estudio médico cuidadoso. No obstante, no creo, como aparentemente lo hacen los dos médicos anteriores, que haya que atribuir "seudoenfermedades" a mis pacientes sólo para que puedan tener un diagnóstico médico. Si encuentro una afección médica, les digo que deben ser sus nervios; de esa manera los calmo un poco. Cuando este método no funciona, les receto un tranquilizante o una droga antidepresiva. No tengo idea del motivo por el cual algunos pacientes presentan síntomas y no padecen enfermedad

alguna. Me sorprende constantemente cuando persisten en volver a verme, aun cuando mantienen sus síntomas y no puedo hacer nada por ellos.

Función apostólica del médico 4: Comparto muchas de las creencias de las funciones apostólicas 1 y 2, y una parte de la filosofía de la función 3. Sin embargo, creo que existe, indudablemente, alguna vinculación entre la mente y el cuerpo. Yo también observo a un cierto número de pacientes que presentan síntomas, pero sin una enfermedad médica. No obtengo éxito diciendo a los pacientes que se trata “simplemente de nervios”. Creo, de una manera no muy clara, que la tensión y la preocupación pueden producir espasmos y otros desarreglos fisiológicos en el cuerpo, que pueden ser dolorosos. Invierto mucho tiempo en explicar la fisiología de esta reacción a mis pacientes. No creo que la mente ejerza algún efecto significativo sobre la causa o el curso de las enfermedades “orgánicas”.

Función apostólica del médico 5: Mis opiniones son totalmente diferentes de todas las que se describen en las funciones apostólicas anteriores. No creo en una única causa de la mayoría de las enfermedades sino que los síntomas o las enfermedades surgen en una mezcla altamente compleja de debilidad genética, acontecimientos y tensiones psicosociales, anormalidades físico-químicas y una multitud de otros factores. Considero a los pacientes como personas con problemas que pueden, o no, presentar un defecto físico-químico demostrable. Si se puede definir el defecto, receto una medicación que se propone corregir el defecto fisiológico, o recomiendo un procedimiento quirúrgico. Además, escucho al paciente de una manera que le permita poner de manifiesto cualquier problema que le esté causando molestias. Me impresiona la frecuencia con que mis pacientes me relatan lo que ocurrió en su vida inmediatamente antes de enfermarse. Creo que la mente del hombre y su cuerpo están sumamente interconectados y relacionados y que es virtualmente imposible estar enfermo en uno de los aspectos sin una repercusión en el otro. Como médico, mi trabajo consiste en desarrollar una tarea compleja y simultánea. En primer término, debo definir en forma tan precisa como sea posible el defecto físico-químico de mi paciente y tratarlo médica o quirúrgicamente. Al mismo tiempo, debo atender lo que está intentando decirme en realidad acerca de sí mismo. Si existen relaciones entre su psiquis o su estilo de vida y sus síntomas, mi trabajo consiste en facilitar su toma de conciencia de estas relaciones, de tal manera que pueda tomar mejores decisiones acerca de lo que hace o de lo que no hace. Algunas veces, cuando no le es posible tomar decisiones (delirante, demasiado enfermo o comatoso), debo tomarlas por él. En todos los casos en que el enfermo está capacitado para hacerlo, sirvo como un sistema de orientación y como una fuente de informaciones para él.

Con respecto al paciente con síntomas múltiples, en el cual no puedo demostrar la existencia de una enfermedad médica, lo trato con la mayor honestidad posible. Describo las enfermedades que no padece, investigando especialmente aquellas enfermedades que el paciente cree que podría tener. Entonces le digo que sé lo que no tiene, pero que no sé todavía lo que tiene. Luego sugiero que concertemos una extensa entrevista semanal de 20 minutos, durante varias semanas. Le digo que podría ocurrir una entre varias cosas. La primera posibilidad, sería que encontráramos conjuntamente la fuente de su malestar, o que obtuviéramos un indicio que requiriera la opinión y la ayuda de otro especialista (gastroenterólogo, neurólogo, ortopedista, psiquiatra, y así sucesivamente). Pongo cuidado en hablar del “psiquiatra” en este instante, simplemente como otro posible especialista. El segundo conjunto de posibilidades sería que en ese período pudiera curarse sin que encontráramos un rótulo para su malestar, o que mejorara, y que en ese momento examináramos la forma de proceder. Creo que los diagnósticos forzados o deshonestos sólo sirven para encerrar al paciente en algo que inhibiría la plena comprensión de su problema.

A partir de este proceso, se produce una de las posibilidades señaladas más arriba. A menos que el paciente sea psicótico o suicida, sostengo que es necesario un período de varias semanas antes de poder derivarlo con éxito a un psiquiatra. En la mayoría de los pacientes, no resultó necesario. Una simple atención activa, cualquiera que sea la forma en que opere, produce resultados en la mayoría de los pacientes que observo. Tienden a dejar de hablar de sus síntomas, y comienzan a relatar sus problemas, sus preocupaciones y sus tensiones.

Las opciones de respuesta han sido codificadas de uno a cinco, según los siguientes criterios: uno, estoy totalmente de acuerdo; dos, estoy de acuerdo pero no totalmente; tres, estoy poco de acuerdo; cuatro, no estoy de acuerdo en absoluto; y cinco, no sabe/no contesta (Ver Anexo 1).

Este instrumento, utilizado ya en otras ocasiones, muestra una alta fiabilidad, valorable por la coherencia en las respuestas a ítems similares o contrarios (Rodríguez y cols., 1985).

Las respuestas obtenidas las hemos agrupado en Factores:

- Factor 1: Actitud biologicista "dura" -definida por la concepción de que la causa y solución de las enfermedades reside en los aspectos biológicos del ser humano- (ítems 1, 3, 6, 8, 11, 15 y 20). La condición establecida para definirse por esta actitud requería acuerdo en todos los ítems que la constituyen.
- Factor 2: Actitud biologicista "moderada" -similar a la anterior aunque admite la intervención de otros factores psicológicos y sociales en el proceso del enfermar- (ítems 4, 7.1, 7.2, 9 y 10). La condición establecida para esta actitud requiere acuerdo en el ítem 10 y desacuerdo en los ítems 4, 7.1, 7.2 y 9.
- Factor 3: Actitud psicósomática -definida por la concepción de que la causa y solución de las enfermedades reside fundamentalmente en los aspectos psicológicos- (ítems 5, 17, 19, 22, 24, 25 y 26). La condición requerida es desacuerdo en el ítem 22 y acuerdo en los restantes ítems que la componen.
- Factor 4: Actitud holística -definida por la concepción de que el proceso del enfermar obedece a la intervención de factores biológicos, psicológicos y sociales- (ítems 2, 12, 13, 14, 16, 18, 21 y 23). La condición requerida es acuerdo en todos los ítems.

Para la valoración del cuestionario hemos agrupado por una parte las respuestas 1 y 2, y por otra parte las 3 y 4; la respuesta 5 equivale a no tener una opinión definida.

Por último hemos administrado el cuestionario, de nuevo, al terminar el curso académico para tratar de observar las modificaciones que se han producido y considerar la posible influencia de los conocimientos de la clínica médica en general y de la Psiquiatría en particular, en las citadas modificaciones. Hemos de decir que la segunda toma del cuestionario ha sido contestada por un número muy reducido de alumnos que sólo nos permite considerar los resultados como línea de orientación.

Los instrumentos estadísticos utilizados han sido la valoración porcentual, las tablas de contingencia 2 x 2 empleando el chi-cuadrado con corrección de Yates para continuidad para valorar

la significación de las diferencias y el Test de McNemar para valorar la relación entre la modificación de actitudes y el momento del pase.

RESULTADOS

De los 230 sujetos que constituyen la muestra, el 65.2% son mujeres y el 34.8% son varones.

- FACTOR 1: ACTITUD BIOLOGICISTA “DURA”: Pese a que todos los ítems reciben alguna respuesta de acuerdo, no hay ningún individuo en la muestra que se defina por esta actitud, si bien es cierto que hay porcentajes elevados de acuerdo con 3-4 ítems (15, 3, 1 y 20). Las diferencias que se producen si tenemos en cuenta el sexo son mínimas y carentes de significatividad (T-1).
- FACTOR 2: ACTITUD BIOLOGICISTA “MODERADA”: Hemos encontrado 124 sujetos (53.9%) que se adhieren a la actitud biologicista moderada; la presencia de esta definición predomina en el sexo femenino, 57.3%, aunque las diferencias no son significativas (T-2).
- FACTOR 3: ACTITUD PSICOSOMATICA: Hemos encontrado 51 sujetos (22.2%) que cumplen las condiciones de esta actitud. Las diferencias considerando el sexo son prácticamente inexistentes.
- FACTOR 4: ACTITUD HOLISTICA: Encontramos 76 sujetos (33%), únicamente, que se decantan por al actitud holística. No aparecen diferencias relevantes en la distribución considerando el sexo (T-4).

Con respecto a los resultados del segundo pase efectuado hemos de decir que sólo obtuvimos una muestra de 32 sujetos que realizasen ambos pases y que se pudiesen comparar. De nuevo no aparece ningún sujeto que se decante por la “actitud biologicista dura”, 21 sujetos pertenecen a la “actitud biologicista moderada”, 8 a la “actitud psicósomática” y 11 a la “actitud holística”. En cualquiera de los tres grupos sólo algunos sujetos mantenían la actitud que se reflejaba en el primer pase y otros la habían perdido, del mismo modo algunos de los que no estaban definidos en el primer pase sí se definían en el segundo por algunos de los factores (T-5). El Test de McNemar pone de manifiesto que no hay relación, para los pocos que podemos valorar, entre el cambio de actitudes y el momento de la administración del cuestionario, lo que haría pensar que la información teórica administrada no contribuye a modificar las actitudes de los alumnos (T-6, T-7).

En el análisis pormenorizado de los diferentes ítems (T-5, T-6), observamos la aceptación de la unidad psicofísica (ítems 2, 8, 17 y 18) frente al principio de dualidad, matizados de todas maneras por el rechazo a definiciones extremas en cualquiera de los dos casos (ítems 4 y 22).

Aceptan el principio de multicausalidad (ítems 12 y 20) y la relación entre enfermedad orgánica y estado de ánimo (ítems 10 y 25).

Consideran prioritario en el quehacer médico el desarrollo de la actividad nosológica-clasificatoria y diagnóstica- (ítem 1), pese a que son conscientes de la dificultad de la misma (ítem 24).

Valoran la actividad psicoterapéutica en sentido amplio (tratamiento basado en la presencia de factores psicológicos) como actividad del médico, así como la actividad docente con el paciente (ítems 5, 14, 16, 19 y 21); al mismo tiempo consideran también la posibilidad terapéutica sin conocimientos médicos (ítem 13); con respecto al paciente, aparece una tendencia a relegarlo a la pasividad (ítems 15 y 26) matizada por el rechazo ante los cuestionamientos del paciente (ítems 7.1 y 7.2) aunque se observa una definición en cuanto al trabajo en cooperación entre el enfermo y el médico (ítem 23).

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Encontramos una importante coincidencia entre nuestros resultados y los descritos por Rodríguez y cols. en el trabajo anteriormente citado, en lo que se refiere a la existencia de una línea actitudinal básica de los alumnos que se caracterizaría por posturas moderadas y también en el análisis pormenorizado de los ítems, las respuestas son muy similares, la discrepancia fundamental se produce en el ítem 1 que se refiere al quehacer médico como actividad nosológica: clasificatoria y diagnóstica, que en nuestra muestra aparece priorizado.

Registramos una contradicción en la consideración del paciente, pasivo y dependiente del médico pero al mismo tiempo aceptado en pie de igualdad con él, crítico, etc. Este dato aparece parcialmente reflejado en el trabajo anterior, esta cuestión hace pensar también en la gran dificultad de medición de las actitudes que pueden ser distintas en el plano teórico (respuesta al cuestionario) que en la práctica y a veces se evidencian en estas pequeñas contradicciones.

El análisis considerando factores, realizado por nosotros pone de manifiesto la amplia presencia de diferentes actitudes: la biologicista moderada, la holística y la psicósomática. Al mismo tiempo que la actitud biologicista dura es rechazada absolutamente; estos datos marcan ciertas diferencias con la línea base actitudinal definida en el trabajo anterior, ya que no existe un rechazo absoluto de las actitudes biologicistas, sino exclusivamente de las que conllevan una cierta radicalidad en el planteamiento. Todo esto nos lleva a pensar que el establecimiento de factores definidos imprime mayor estrictez y permite que las actitudes se decanten más claramente.

El pequeño análisis de los individuos sometidos a dos pases, sólo nos permite intuir la fragilidad de estas definiciones que varían en un período corto de nueve meses. La tendencia de variación no nos permite plantear supuestos de factores de influencia dada la escasez de los datos.

CONCLUSIONES

1. En líneas generales existen líneas básicas actitudinales en los estudiantes de medicina definidas básicamente por posturas de moderación.
2. Las actitudes biologicistas en sentido estricto son absolutamente rechazadas.
3. Las actitudes biologicista moderada, holística y psicósomática tienen resonancia en los estudiantes y pueden coexistir en un mismo individuo.
4. Hay una tendencia a variar estas actitudes probablemente de modo espontáneo.
5. Introducir instrumentos encaminados a fortalecer y/o modificar actitudes parece estar indicado en función de la juventud de los sujetos, de su flexibilidad y de la variabilidad de las actitudes establecidas.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAM, H. S. (1981):** *Psiquiatría básica para el médico de cabecera*. El Ateneo, Barcelona.
- MAGER, R. (1979):** *Formulación operativa de objetivos didácticos*. 4ª Ed., Marova, Madrid.
- OMS (1984):** "Función de las Universidades en la estrategia de salud para todos". *A37 Technical Discussions/1*, Ginebra.
- RODRIGUEZ, A. y cols. (1985):** "El role-playing en la formación dinámica de los estudiantes de medicina: Análisis de una experiencia". En. *Psiquiatría*, Vol. 1, Nº 4.

Tabla 1: Factor 1

Item	% Mujeres	% Hombres	% Total
1	82.5	71.3	75.2
3	85.0	85.1	85.1
6	0.0	2.0	1.3
8	1.3	1.3	1.3
11	1.3	2.7	2.2
15	88.6	88.6	88.6
20	39.0	28.1	31.8

Tabla 2: Factor 2

Item	% Mujeres	% Hombres	% Total
4	97.5	97.3	97.4
7.1	73.7	73.4	73.5
7.2	96.1	95.2	95.5
9	77.6	89.8	85.7
10	94.9	99.3	97.8

Tabla 3: Factor 3

Item	% Mujeres	% Hombres	% Total
5	77.1	73.1	74.5
17	98.8	99.3	99.1
19	69.6	75.8	73.7
22	92.4	87.9	89.5
24	70.7	73.5	72.5
25	98.7	95.1	96.4
26	70.0	63.3	65.6

Tabla 4: Factor 4

Item	% Mujeres	% Hombres	% Total
2	83.3	88.7	86.8
12	92.4	94.6	93.8
13	68.8	69.4	69.2
14	86.7	89.6	88.6
16	98.8	100.0	99.6
18	96.3	95.3	95.6
21	79.7	88.3	85.3
23	80.5	80.4	80.4

Tabla 5: Factores biológicos moderados

		2° Pase		
		Ausencia Factor .00	Presencia Factor 1.00	Total
1° Pase	Ausencia Factor .00	.5 41.7 45.5	7 58.3 33.3	12 37.5
	Presencia Factor 1.00	6 30.0 54.5	14 70.0 66.7	20 62.5
	Column Total	11 34.4	21 65.6	32 100.0

Tabla 6: Factores psicossomáticos

		2° Pase		
		Ausencia Factor .00	Presencia Factor 1.00	Total
1° Pase	Ausencia Factor .00	22 81.5 91.7	5 18.5 62.5	27 84.4
	Presencia Factor 1.00	2 40.0 8.3	3 60.0 37.5	5 15.6
	Column Total	24 75.0	8 25.0	32 100.0

Tabla 7: Factores holísticos

		2° Pase		
		Ausencia Factor .00	Presencia Factor 1.00	Total
1° Pase	Ausencia Factor .00	15 71.4 75.0	6 28.6 50.0	21 65.6
	Presencia Factor 1.00	5 45.5 25.0	6 54.5 50.0	11 34.4
	Column Total	20 62.5	12 37.5	32 100.0

ANEXO 1

Identificación

Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Sexo: Varón/Mujer _____

2 primeras letras del 1 er apellido: _____/_____

2 primeras letras del 2° apellido: _____/_____

A continuación hay una serie de afirmaciones. Evalúa cada una de ellas de 1 a 5, de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Estoy totalmente de acuerdo
2. Estoy de acuerdo pero no totalmente
3. Estoy poco de acuerdo
4. No estoy de acuerdo en absoluto
5. No sabe/no contesta

1. Creo que, como médico, mi tarea consistirá en encontrar y clasificar cada dolencia de mi paciente _____
2. Considero a los pacientes como personas con problemas que pueden, o no presentar un defecto físico-químico demostrable _____
3. El médico debe definir con la mayor precisión posible el defecto físico-químico de su paciente y tratarlo médica y quirúrgicamente _____
4. Existen influencias directas del cuerpo sobre la mente, pero muy pocas de la mente sobre el cuerpo _____
5. Los pacientes pueden volver al médico aunque no le resuelva sus síntomas _____
6. No creo que exista una relación entre la mente y la enfermedad corporal _____
7. Cuando los pacientes no creen al médico que les asegura "que todo va a ir bien", éste debe:
 - darle algún psicofármaco _____
 - enviarlos al psiquiatra _____
8. Creo que el cuerpo y la mente del hombre están separados y que la enfermedad se produce en la mente o en el cuerpo _____
9. No entiendo la afirmación de que algunos pacientes presenten síntomas y no padezcan enfermedad alguna _____

10. Creo que la afección médica de naturaleza grave puede causar al paciente un estado depresivo o ansioso
11. No creo que la mente ejerza algún efecto significativo sobre la causa o el curso de las enfermedades orgánicas
12. No creo en una única causa de la mayoría de las enfermedades, sino que éstas y los síntomas surgen de una mezcla compleja de debilidades genéticas, acontecimientos y tensiones psicosociales, anormalidades físico-químicas y una multitud de otros factores
13. Una persona sin conocimientos de Medicina (ej.: brujo, menciñeiro, curandeiro) puede curar o mejorar notablemente algunas enfermedades
14. El trabajo del médico consiste en facilitar la toma de conciencia del paciente acerca de las relaciones entre su psique o un estilo de vida y sus síntomas
15. La responsabilidad del paciente consiste en tomar el medicamento prescrito y seguir las indicaciones del médico
16. Creo que se debe escuchar al paciente de una manera que le permita poner de manifiesto cualquier problema que le esté causando molestias
17. Creo que existe, indudablemente, alguna vinculación entre la mente y el cuerpo
18. Creo que la mente del hombre y su cuerpo están sumamente interconectados y relacionados y que es virtualmente imposible estar enfermo en uno de los aspectos sin una repercusión en el otro
19. El médico debe invertir mucho tiempo en explicar las relaciones psico-fisiológicas a sus pacientes
20. La afección médica (real u orgánica) está causada por un defecto físico-químico único como, por ejemplo, la invasión del organismo por un agente externo (virus, bacteria, toxina) o por la aparición de algún desarreglo metabólico en el organismo
21. Una simple atención activa por parte del médico produce resultados en la mayoría de los pacientes
22. Existen influencias directas de la mente sobre el cuerpo, pero muy pocas del cuerpo sobre la mente
23. El paciente y el médico deben trabajar, al mismo nivel, en la resolución de los problemas de éste

24. Pienso que un gran número de pacientes presentan síntomas en su organismo, pero no una enfermedad definible _____
25. Creo que la tensión y la preocupación pueden producir espasmos y otros desarreglos fisiológicos en el cuerpo, que pueden ser dolorosos _____
26. El médico debe tomar, a veces, decisiones por el paciente _____