

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN MEDICO-
PACIENTE EN EL SERVICIO HOSPITALARIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO E.S.E DE NEIVA:
PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES.

ÉRIKA TATIANA MOYA JOVEL
CLAUDIA ROCÍO SALOMÓN ARIZA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PSICOLOGÍA
NEIVA
2005

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN MEDICO-
PACIENTE EN EL SERVICIO HOSPITALARIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO E.S.E DE NEIVA:
PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES.

ÉRIKA TATIANA MOYA JOVEL
CLAUDIA ROCÍO SALOMÓN ARIZA

Monografía de grado presentada como requisito
parcial para optar al título de psicólogas

Directora
SILVIA LEONOR OLIVERA PLAZA
Psicóloga

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PSICOLOGÍA
NEIVA
2005

Nota de Aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

A nuestra amiga Paula Andrea Blanco Rojas

*Miro al cielo y me hundo en su inmensidad... allí te encuentro
su profundidad es absoluta, y su misterio eterno,
en él veo tus ojos... profundos como el mar,
misteriosos e intrigantes... como la misma idea de vivir.*

*La inmensidad del firmamento
no alcanza para expresa lo que por tí siento.....
el misterio de la naturaleza
es como la incertidumbre de tu mirada.*

*Pero... dónde estás? Por qué te fuiste?
La distancia entre nosotras crece día a día,
pero aunque aparentemente estemos separadas
sé que nuestro amor existe todavía...*

*Amor infinito y verdadero, ilusión,
motor de mi existencia, de la tuya, nuestra,
sentimiento que vive
en tu eternidad y en nuestro recuerdo.*

CRSA

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres, por ser maestros y amigos incondicionales, por su apoyo, compañía y paciencia durante nuestro proceso de crecimiento personal y profesional, una vez más, GRACIAS!

Al profesor, psicólogo y amigo, Fabio Alexander Salazar Piñeros, por estar presente y apoyarnos de manera incondicional en el desarrollo de la investigación.

A la profesora Carmen Patricia Gutiérrez, por sus aportes metodológicos en la elaboración del proyecto.

A las directivas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva, y de la clínica Federico Lleras Acosta; por permitir la realización del estudio en sus instalaciones.

A Carolina Polanía Leyton por brindarnos su colaboración en la aplicación de las encuestas en la institución hospitalaria.

Al profesor Joaquín Montaña, por orientarnos en la elaboración del análisis estadístico del proyecto.

CONTENIDO

| | Pág |
|---------------------------------|------------|
| PRESENTACIÓN | 13 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| 2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN | 16 |
| 3. OBJETIVOS | 20 |
| 3.1 GENERAL | 20 |
| 3.2 ESPECÍFICOS | 20 |
| 4. MARCO TEÓRICO | 21 |
| 5. MARCO CONTEXTUAL | 35 |
| 5.1 MISIÓN | 35 |
| 5.2 VISIÓN | 35 |
| 5.3 OBJETIVO SOCIAL | 35 |
| 5.4 RESEÑA HISTÓRICA | 36 |
| 6. DISEÑO METODOLÓGICO | 37 |
| 6.1 TIPO DE ENFOQUE | 37 |
| 6.2 TIPO DE ESTUDIO | 38 |
| 6.3 POBLACIÓN | 38 |
| 6.4 MUESTRA | 38 |
| 6.4.1 Criterios de inclusión | 39 |
| 6.4.2 Criterios de exclusión | 39 |

| | |
|---|----|
| 6.5 VARIABLES | 39 |
| 6.6 INSTRUMENTO | 40 |
| 6.6.1 Construcción del instrumento | 40 |
| 6.7 APLICACIÓN | 42 |
| 6.8 ANÁLISIS DE DATOS | 42 |
| 6.8.1 Metodología para la asignación de puntos | 43 |
| 6.9 FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA | 46 |
| 7. CONSIDERACIONES ÉTICAS | 47 |
| 8. ANÁLISIS DE RESULTADOS | 49 |
| 8.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA | 49 |
| 8.2 ANÁLISIS DE CATEGORÍAS | 52 |
| 8.3 CRUCE DE CATEGORÍAS | 59 |
| 8.4 CRUCE DE VARIABLES | 62 |
| 8.4.1 Categorías vs sexo | 62 |
| 8.4.2 Categorías vs edad | 65 |
| 8.4.3 Nivel general en la relación médico paciente vs días de hospitalización | 69 |
| 9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 71 |
| 10. CONCLUSIONES | 74 |
| 11. RECOMENDACIONES | 76 |
| BIBLIOGRAFÍA | 79 |
| ANEXOS | 81 |

LISTA DE TABLAS

| | Pág |
|--|------------|
| Tabla 1. Edad y sexo | 49 |
| Tabla 2. Nivel de educación y estrato socioeconómico | 50 |
| Tabla 3. Distribución por pisos | 50 |
| Tabla 4. Nivel general de la relación médico – paciente | 52 |
| Tabla 5. Nivel de concreción en la relación médico – paciente | 53 |
| Tabla 6. Nivel de rapport en la relación médico – paciente | 54 |
| Tabla 7. Nivel de empatía en la relación médico – paciente | 55 |
| Tabla 8. Nivel de respeto en la relación médico – paciente | 56 |
| Tabla 9. Nivel de satisfacción en la relación médico – paciente | 57 |
| Tabla 10. Concreción vs. satisfacción en la relación médico – paciente | 59 |
| Tabla 11. Rapport vs satisfacción en la relación médico – paciente | 59 |
| Tabla 12. Empatía vs satisfacción en la relación médico – paciente | 60 |
| Tabla 13. Respeto vs satisfacción en la relación médico – paciente | 60 |
| Tabla 14. Nivel general vs satisfacción en la relación médico – paciente | 61 |
| Tabla 15. Concreción vs sexo en la relación médico – paciente | 62 |
| Tabla 16. Rapport vs sexo en la relación médico – paciente | 63 |
| Tabla 17. Empatía vs sexo en la relación médico – paciente | 63 |
| Tabla 18. Respeto vs sexo en la relación médico – paciente | 64 |
| Tabla 19. Satisfacción vs sexo en la relación médico – paciente | 64 |

| | |
|--|----|
| Tabla 20. Nivel general vs sexo en la relación médico – paciente | 65 |
| Tabla 21. Concreción vs edad en la relación médico – paciente | 65 |
| Tabla 22. Rapport vs edad en la relación médico – paciente | 66 |
| Tabla 23. Empatía vs edad en la relación médico – paciente | 66 |
| Tabla 24. Respeto vs edad en la relación médico – paciente | 67 |
| Tabla 25. Satisfacción vs edad en la relación médico – paciente | 68 |
| Tabla 26. Nivel general vs edad en la relación médico – paciente | 68 |
| Tabla 27. Nivel general vs días de hospitalización | 69 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | Pág |
|---|------------|
| Figura 1. Edad y sexo | 49 |
| Figura 2. Distribución por piso | 50 |
| Figura 3. Calidad de la relación médico – paciente | 52 |
| Figura 4. Concreción en la relación médico – paciente | 53 |
| Figura 5. Rapport en la relación médico – paciente | 54 |
| Figura 6. Empatía en la relación médico – paciente | 55 |
| Figura 7. Respeto en la relación médico – paciente | 56 |
| Figura 8. Satisfacción en la relación médico – paciente | 57 |
| Figura 9. Comparación de categorías | 58 |
| Figura 10. Cruce del nivel general cuando la satisfacción en la relación Médico – paciente es muy buena | 61 |
| Figura 11. Días de hospitalización y nivel general en la relación médico paciente | 69 |

LISTA DE ANEXOS

| | Pág |
|---|------------|
| Anexo A. Operacionalización de variables | 82 |
| Anexo B. Prueba piloto | 86 |
| Anexo C. Distribución de ítems en la prueba piloto | 92 |
| Anexo D. Correlación de ítems | 95 |
| Anexo E. Encuesta | 97 |
| Anexo F. Distribución de ítems en la encuesta | 100 |
| Anexo G. Carta de presentación y aprobación de la prueba piloto | 102 |
| Anexo H. Carta de presentación al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva | 103 |

RESUMEN

Objetivo. Describir la calidad de la relación médico-paciente en el servicio hospitalario del Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva desde la perspectiva de los pacientes. **Material y métodos.** La información analizada parte de la encuesta *Relación médico – paciente: Perspectiva de los usuarios* 2004, dividida en cinco dimensiones (concreción, rapport, empatía, respeto y satisfacción) que valoran la calidad de la relación establecida entre el médico y su paciente. Se aplicó a 100 usuarios que se encontraban hospitalizados en las dos últimas semanas del mes de diciembre de 2004 y contaban con un periodo hospitalario mayor o igual a tres días. **Resultados.** Se encontró que el 41% de los usuarios percibió que la atención recibida fue regular. Al evaluar cada categoría se encuentra que el 40% de la muestra valora la concreción como regular; el 39% valora el rapport como muy bueno; el 40% valora la empatía como mala; el 34% valora el respeto como regular y 52% valora la satisfacción como muy buena. **Conclusiones.** Los resultados concluyen que los pacientes valoran la satisfacción como la capacidad técnica del médico para lograr el reestablecimiento de la salud, delegando a un segundo plano habilidades sociales que permiten relacionarse con el otro, manifestar necesidades y resolver conflictos. Las principales falencias del médico en la relación con su paciente reveladas por la presente investigación, se evidencian en los aspectos evaluados en las categorías concreción, empatía y respeto.

ABSTRACT

Objective. To describe the quality of the doctor – patient relationship in hospital service at the Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E of Neiva from the patients` perspective. **Material and methods.** The analyzed information begins with the doctor – patient relationship survey 2004: users` perspective. It is divided into five categories (precision, rapport, empathy, respect and satisfaction) which value the quality of the relationship established between doctor and patient. This survey was applied to 100 users who were in hospital during the last two weeks of december 2004 and who stayed there for about three days. **Results.** It was found that 41% of the users perceived the attention provided by the hospital as regular. When testing every category, it was found that 40% of the sample values precision as regular; 39% values rapport as very good; 40% values empathy as bad; 34% values respect as regular and 52% values satisfaction very good. **Conclusions.** The results conclude that patients value satisfaction as the doctor`s technical ability to restore health, giving less importance to social abilities that allow us to get along with one another to express necessities and to solve conflicts. The main faults of the doctor in the relationship with his/her patients shown through this current investigation are made clear in the aspects evaluated in the categories of precision, empathy and respect.

PRESENTACIÓN

En la actualidad, se ha otorgado importancia a la relación médico – paciente, pues de ésta depende el éxito de la labor del médico en cuanto al manejo de los trastornos físicos y al mantenimiento adecuado de la salud; se considera que los vínculos que se establecen entre los miembros de esta relación intervienen de manera definitiva en la adaptación al entorno hospitalario, adherencia al tratamiento, rápida recuperación y la prevención de futuras enfermedades por parte del paciente hospitalizado.

La relación que establece el médico con su paciente, se fundamenta en el cumplimiento del pacto implícito de todo tratamiento integral; en el cual, el médico se compromete a satisfacer las necesidades e intereses del paciente, quien solicita sus servicios, con la expectativa de recibir la atención que cree que amerita su estado de salud. Al tratarse de una relación de ayuda, en la interacción médico – paciente, se establecen roles que definen la jerarquía y funcionamiento de la misma.

De esta manera, las expectativas del paciente frente a lo que desea obtener de la atención médica, juegan un papel importante en el desarrollo de dicha relación. El pensar en el papel del médico como sanador, permite a la persona hospitalizada esclarecer dudas e inquietudes y canalizar adecuadamente la ansiedad frente a lo que padece; a su vez, se espera del profesional un trato cordial y afable en donde se tomen en cuenta las necesidades del usuario como persona y no como órgano biológicamente disfuncional.

Por tal motivo, para describir la calidad de la relación médico – paciente en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva, desde la perspectiva del usuario hospitalizado, se realizó una encuesta que intenta utilizar la opinión del paciente como retroalimentación para mejorar la calidad del servicio y a su vez la relación médico – paciente.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el área de la salud, se evidencia una marcada tendencia a la tecnificación de la medicina; en ocasiones, se observa que la atención de la persona enferma se sustituye por la atención de la enfermedad y los síntomas que ésta presenta, lo que puede condicionar la relación médico – enfermo, al simple acercamiento del profesional para obtener del paciente los datos que le conduzcan a un diagnóstico, signos y síntomas que le permitan clasificar la enfermedad; olvidando las maneras de enfermar, su historia de vida y lo que puede comunicar sobre la situación que experimenta.

En Colombia, las disposiciones establecidas en el Sistema de Seguridad Social Integral (ley 100 de 1993)¹, pretenden garantizar la ampliación de la cobertura en los servicios del sector salud, aspecto que incrementa la demanda de consultas e intervenciones médicas por parte de los usuarios. La entidad sanitaria y profesional de la salud, en su afán de cumplir con las determinaciones legales, se ven en la necesidad de reducir el tiempo de atención médica, interfiriendo de forma directa, en el establecimiento de una relación empática entre médico y paciente; pues la entrevista, debe ser dirigida a los aspectos más relevantes de la enfermedad del usuario.

Por lo tanto, se percibe que la consulta médica debe ser reducida al conocimiento por parte del especialista, de los mecanismos de acción de uno o varios órganos afectados por una patología en vía de diagnóstico, en la cual, la persona enferma, es tratada como objeto de estudio y no como un ser humano con necesidades, expectativas y objetivos propios, dependientes de lo que requiere para su satisfacción personal. Esto genera entre los miembros de la relación, un ambiente de desconfianza y hostilidad, el cual se ve acentuado por los roles que cada uno ejerce dentro de ella y la manera en que asumen los deberes y responsabilidades para con el otro; es decir, la jerarquía que se establece implícitamente en la relación debida a las diferencias de “conocimiento” y el “merecido” respeto por el estatus asignado a los profesionales de la medicina.

De esta forma, durante la revisión médica se pueden pasar por alto, aspectos fundamentales para la interacción humana, que sirven como base para la adopción de actitudes positivas hacia el otro; el contacto físico, la interacción directa cara a cara, el ponerse en el lugar del que se escucha, el conocimiento del significado que le otorga a la enfermedad la persona que esta siendo atendida y las ansiedades originadas por el desconocimiento de la misma; e interrumpen el

¹ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Sistema de Seguridad Social Integral, ley 100 de 1993. Bogotá: momo, 2002. p. 83-101

normal desarrollo de una relación en donde los intereses personales y comunes deben girar en torno al bienestar del usuario.

Estas características, dificultan de manera significativa la construcción de una relación empática entre el usuario y quien presta el servicio, e interfieren en la actitud del usuario frente al plan de tratamiento, y la adherencia al mismo; limitan la información suministrada por el paciente, lo cual dificultaría el diagnóstico apropiado, debido a las barreras que se anteponen en la consulta, y la falta de confianza entre los miembros de dicha relación. Lo anterior difiere del concepto que define a la relación médico – paciente², como aquella relación interpersonal de tipo profesional que se establece entre el médico y el paciente, con el fin de devolverle a éste su salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad, y se caracteriza por el respeto hacia el rol del médico y las expectativas del paciente, la promoción y reestablecimiento de la salud, la disposición de ayuda sin aspiración de reciprocidad y el planeamiento cuidadoso de cada acción.

En el ámbito hospitalario la situación es aún más compleja; el paciente se ve obligado a cambiar radicalmente su estilo de vida, debe someterse a un número incalculado de procedimientos médicos, en ocasiones dolorosos y con los cuales puede sentir violada su intimidad; adaptarse a las reglas de la institución en la que se encuentra hospitalizado; interactuar con el personal sanitario; compartir su espacio con personas que se encuentran en su misma situación; y experimentar durante su proceso de recuperación, pérdidas significativas³ para su desarrollo personal como la pérdida del control normal de su propio cuerpo; la disminución de las actividades típicas como el trabajo, el esparcimiento, el cambio de vestuario, el horario de comidas, las visitas familiares, las horas de descanso y sueño; y la pérdida de la capacidad de predecir lo que va a ocurrir, una pérdida psicológica que reduce su capacidad de tomar medidas eficaces sobre su salud e impiden actuar de manera natural durante su estancia hospitalaria.

Por tanto, se hace necesario conocer, desde la perspectiva de los usuarios, la calidad de la relación establecida entre el médico y el paciente en el servicio de hospitalización de la institución sanitaria, es decir, describir ¿cómo perciben los pacientes internados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva, la calidad de la relación médico – paciente?

² NIETO M, Joaquín, et al. Psicología para ciencias de la salud. España: McGraw-Hill, 2004. p. 82, 106-107

³ BRANNON, Linda. FEIST, Jest. Psicología de la Salud. España: Paraninfo, 2002. p.91-95

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Los estudios realizados sobre la relación establecida entre médico y paciente, son relativamente recientes y las publicaciones son escasas; se evidencia de esta forma, la necesidad de emprender nuevas investigaciones que generen una visión integral de la relación médico paciente, y permitan explicar los diferentes factores que influyen en la apreciación del usuario sobre la calidad en la atención brindada por el médico durante la hospitalización.

En España, Manuel Girón, del departamento de Medicina Clínica de la Universidad Miguel Hernández; Begoña Bebia, perteneciente a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante; y Elisa Medina y Manuel Simón Talero del Departamento de Cirugía de la Universidad Miguel Hernández, realizaron en el año 2002 una investigación de tipo cualitativo, titulada "*Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante, un estudio con grupos focales*" cuyo objetivo fue explorar la relación entre la calidad de la relación médico paciente y los desenlaces de los encuentros clínicos en atención primaria. La estrategia metodológica para realizar el estudio, fue la implementación de grupos focales de médicos y enfermos, con una participación de 24 profesionales y 22 pacientes. Los resultados de la investigación revelan que los médicos percibieron una relación directa entre la deficiencia en los recursos sanitarios (tiempo de consulta, carga asistencial, ausencia de formación), el conflicto con pacientes "difíciles" y la influencia de los factores psicosociales en el encuentro clínico. Esta relación estuvo mediada por problemas de comunicación en la entrevista clínica y por sentimientos negativos de sus miembros. Por su parte, los pacientes encontraron una relación directa entre el funcionamiento (consultas masificadas y de breve duración) y las dificultades de comunicación entre médico y paciente. Igualmente una relación entre la actitud humanista del médico y el desenlace satisfactorio de los problemas de salud. Por tal motivo, se concluye que los objetivos y prioridades del sistema sanitario alejados de las necesidades de la comunidad son percibidos como determinantes clave de las insuficiencias observadas.

En México, Teresita de J. Ramírez Sánchez, Licenciada en Enfermería, Patricia Nájera Aguilar, Licenciada en Geografía y Gustavo Nigenda López, Biólogo y Antropólogo; en el año 1997, llevaron a cabo la investigación titulada: "*Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios*" cuyo objetivo radica en describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. La información analizada parte de la Encuesta Nacional de Salud II de 1994, que recogió información de 3.324 usuarios que acudieron a los servicios de

salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta. Dentro de los resultados, se encontró que la mayoría de los usuarios percibieron que la atención recibida fue buena. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal y la mejoría en la salud; en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico. Los usuarios que utilizaron servicios de seguridad social perciben con mayor frecuencia la mala calidad de la atención que los que acuden a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención, el resultado, la estructura y la accesibilidad. Los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención.

En Colombia, P. Arango, profesor de Ortopedia y de Bioética de la Universidad de La Sabana, M. A. Mateéis y Y. Prieto, Sociólogas de la Universidad Nuestra Señora del Rosario; realizaron en el año 2002 una investigación de tipo descriptivo, no experimental, titulada *“La relación Médico-paciente desde la perspectiva sociológica de la acción dramática: estudio de casos realizados en el Clinicentro Ciudad Salitre E.P.S. Sanitas y en el Hospital Simón Bolívar, de Bogotá”*, cuyo objetivo principal fue comprobar la influencia del tipo de participación de los actores (médico – paciente) en el servicio de consulta externa y el tiempo dedicado al desarrollo del encuentro, sobre la apropiación del modelo participativo de la relación médico – paciente. La estrategia metodológica utilizada para el análisis de las variables, fue la construcción de un modelo de consulta externa al dividir el encuentro médico – paciente en tres fases: pre-diagnóstico, diagnóstico y post-diagnóstico; siete etapas: identificación del paciente, elaboración de la historia clínica, exploración física, diagnóstico, prescripción del tratamiento, finalización del encuentro y seguimiento; tres momentos: ceremonial, informativo y pedagógico; y 27 tareas. Para su desarrollo se realizaron dos estudios de caso, triangulando la información obtenida con la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos de investigación. De esta manera, los resultados del estudio revelan que la participación que tiende a sostener el médico y el usuario del servicio de consulta externa durante el encuentro terapéutico es de tipo asimétrico, es decir, el médico dirige la consulta hacia aquellos aspectos que él considera importantes olvidando las necesidades y expectativas del paciente. Igualmente se considera que el tiempo de consulta es inadecuado por lo cual el médico no desarrolla a cabalidad las tareas que debe realizar durante la consulta.

En el departamento del Huila y la ciudad de Neiva, no se cuenta con estudios relevantes para la investigación realizada, lo cual evidencia la importancia de continuar la búsqueda de conocimiento sobre todo lo concerniente a la relación médico – paciente en el entorno hospitalario, para así crear alternativas que conduzcan al mejoramiento de la atención brindada por el sistema de salud, y contribuir a mejorar las condiciones y oportunidades del usuario hospitalizado.

La relevancia de la presente investigación se soporta en la definición de Psicología de la salud propuesta por Joseph Matarazzo⁴ en 1982, la cual es ilustrada por éste como el “conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias”; de esta enunciación nace el interés de realizar nuevos aportes para el progreso de la Psicología en el área clínica y de la salud, realizando contribuciones educativas y científicas que apoyen el desarrollo e implementación de políticas sanitarias acordes a las necesidades de los usuarios, que incrementen la satisfacción por la asistencia recibida; nuevas políticas que beneficien la calidad del servicio prestado, optimicen la atención del régimen de salud y mejore la calidad de vida de las personas que están vinculadas al sistema sanitario.

Por las razones mencionadas, es parte del quehacer de la Psicología de la salud, cuestionarse sobre la percepción que tiene el paciente sobre el médico que lo atiende, en aras de mejorar la atención brindada por el sistema sanitario, a partir del supuesto que la actitud del clínico hacia el usuario, hace parte de la eficacia del tratamiento médico a seguir.

Se hace necesaria entonces, una atención médica integral, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales inherentes a la persona, que forman parte de un todo y dependen unas de otras. No es solo el aspecto biológico el que desencadena actitudes y conductas, este es el referente orgánico, lo que clínicamente está fallando o por lo que se buscó ayuda médica; la personalidad, las estrategias de afrontamiento que ha desarrollado el paciente durante su vida, las creencias, normas y valores; contribuyen al significado que este puede darle a la enfermedad o estado de salud actual, y dirigen su comportamiento.

En la relación médico – paciente, el médico es quien aplica los conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento del paciente, este último es quien busca atención médica en los diversos centros de salud, ya sea por una determinada enfermedad, para descartarla o para someterse a una revisión rutinaria; la relación que se establezca entre sus miembros, es de gran importancia para que el paciente entienda su estado de salud y se adhiera a un tratamiento específico. Si el usuario hospitalizado está satisfecho con la atención integral recibida por parte de su médico, se adaptará con mayor facilidad al entorno hospitalario, manifestará mayor disposición en los procedimientos médicos participando activamente en su tratamiento logrando adherirse al plan médico establecido; de esta forma el tiempo de estancia hospitalaria será menor, y

⁴MATARAZZO, Joseph citado por FLOREZ A. Luis. Psicología de la salud. s.p.i.

al salir del hospital probablemente solicitará consultas con el especialista que le brindó mayor calidez humana en el trato⁵.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, los beneficios potenciales del presente estudio, son adquirir un mejor entendimiento sobre como perciben los usuarios la calidad de la relación médico – paciente establecida en el periodo de hospitalización. Esto plantea como horizonte el suministrar y proveer políticas de educación médica para mejorar el servicio sanitario con una base científica; y soportados en los resultados obtenidos, fomentar una mejor comunicación en la relación médico-paciente, sugiriendo estrategias de formación para eventuales mejoras en los resultados médicos para los pacientes.

A nivel personal y profesional, se fortalecerá el rol del psicólogo y su quehacer en la acción, con la contribución de su conocimiento para mejorar la calidad del servicio y políticas del sistema sanitario; en esta medida, será necesaria la participación activa del profesional en Psicología proponiendo alternativas que refuercen habilidades sociales y comunicación empática hacia los usuarios.

“...Es preciso generar cambios en cada médico posibilitando el aprendizaje de nuevas pautas de relación y manejo de esa relación, es necesario que el médico flexibilice sus esquemas tradicionales teniendo en cuenta los puntos de vista del cliente [...] esta situación no se promueve en el seno de una relación autoritaria”⁶

⁵ NIETO M, Joaquín, et al. Psicología para ciencias de la salud. España: McGraw-Hill, 2004. p. 82-83

⁶ Ibid., p. 91

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la calidad de la relación medico-paciente en el servicio hospitalario del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva desde la perspectiva de los pacientes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la percepción de los pacientes acerca de la concreción establecida por el personal médico durante la estancia hospitalaria.

Valorar el rapport y manifestaciones de respeto, que propician la libre expresión del paciente dentro el espacio terapéutico.

Evaluar la relación empática que se establece durante el encuentro del médico con su paciente

Conocer el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención brindada por el personal médico.

Identificar las principales falencias, en las dimensiones concreción, rapport, empatía y respeto, establecidas en la relación del médico con su paciente

4. MARCO TEÓRICO

La relación médico – paciente⁷ es el condicionante básico para la aplicación de los conocimientos adquiridos por el profesional de la medicina, al convertirse en una relación de ayuda técnica, en la que el médico aplica sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento del paciente, cuya finalidad es devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.

Este tipo de relación interhumana de ayuda técnica, trasciende del tecnicismo impersonal, pues se establece dentro de un marco social específico en el que se reconoce al paciente no solo por su enfermedad sino también como persona social que influye y es influenciada por otros miembros de la comunidad; a su vez se estructura a través de la interacción interpersonal, aspecto que cobra gran importancia por la necesidad del individuo de relacionarse con los otros.

Es así como el status adquirido por la profesión médica y su importancia en el contexto social, determina características esenciales de interacción dada por la particularidad de su servicio; en palabras de Kollar⁸, "se espera que el médico se ocupe no sólo del organismo enfermo, sino, así mismo, del estado del organismo entero, del hombre en su totalidad, porque se encuentra de hecho frente a una persona no ante un órgano aislado, ni ante una psique abstracta", esto implica actitudes de proximidad como señalan Barcia y Nieto⁹, y manifestaciones de solidaridad con un prójimo que necesita ayuda, puesto que la enfermedad que padece supone una necesidad, un sufrimiento, que afecta al propio cuerpo y su intimidad; por tanto, la herramienta más adecuada para el funcionamiento de la relación, es la comunicación verbal y no verbal, y el vínculo más apropiado la empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro y comprender sus experiencias.

La relación médico-paciente trata de equilibrar la participación del paciente, y está definida por estatus y roles complementarios de los participantes, en la que inicialmente existe una situación de asimetría (superior / inferior) y una distribución desigual del poder; esta relación inicial está mediatizada por las variables de los participantes: características psicológicas individuales; habilidades comunicativas; estrategias relacionales; actitudes y la forma en que el paciente asume su rol de

⁷ NIETO M, Joaquín, et al. Psicología para ciencias de la salud. España: McGraw-Hill, 2004. p. 82-83

⁸ ZAPATA García, R. Relación medico enfermo. [En línea]. S. Cervera Enguix. Pamplona. s.f [cita 30 nov. 2004]. PEREZ M, Gaspar. Modelos de relación médico paciente.

⁹ Barcia D, Nieto J. La relación médico-enfermo. Citado por SEVA Díaz, A. Psicología Médica. Zaragoza: Ino Reproducciones, 1994. p. 665-679.

enfermo¹⁰. Estas características, hacen que la relación médico – paciente esté fundada en una dinámica de doble significado en la que adquieren importancia las expectativas tanto del médico como del paciente, y lo que significan el uno para el otro en el proceso de interacción.

Dicha relación, caracterizada por una estructuración interpersonal asimétrica de dependencia y una finalidad de ayuda, de servicio técnico-asistencial, conlleva a actitudes propias de cualquier relación interpersonal; entre ellas, la solidaridad, el altruismo, la confianza y el respeto mutuo; que derivan de la trascendencia de los valores de la salud y la propia intimidad que se ponen en juego en la relación, los cuales sobrepasan las exigencias de un simple contrato de asistencia técnica¹¹.

Este contrato implica la formalidad de que el médico, ofrece al usuario sus servicios, en el reestablecimiento de la salud, que al no ser un bien individual y privado, sino también social y público adquiere el carácter de hecho social. Bajo esta perspectiva, T Parson¹² en los años 50, basado en los postulados de la sociología funcionalista, realizó el primer análisis sobre el estatus y los roles de médico y enfermo, demostrando que la relación médico – paciente, “es una relación social institucionalizada que está programada socialmente en función del status y las expectativas del rol que ambos tienen asignados y que son por ellos asumidos”. De tal forma, dicha relación, estaría delimitada por las expectativas que la sociedad tiene de los roles o papeles de médico y enfermo, de los cuales se esperan una serie de comportamientos, de derechos y deberes, por los que se comprometen a administrar, cuidar y restaurar el bien de la salud.

Por tal razón, se espera del médico ciertas características que determinen su accionar dentro del rol que ejerce como agente activo en la promoción de la salud, entre ellas, que posea competencia técnica, una actitud universalista, es decir que trate a todos sus pacientes por igual sin distinción de raza, sexo o condición social; una actitud altruista y de desinterés al prestar sus servicios no solo por el afán de lucro; y una actitud de neutralidad afectiva, sin dejar de lado su capacidad de comprender la situación por la cual atraviesa el paciente durante el proceso de la enfermedad.

Estas características que definen la calidad de la atención médica, dependen de las necesidades del paciente, las actuaciones del profesional en la consulta y el estatus adquirido por el rol médico en el entorno social. Desde esta perspectiva, se cataloga al paciente como único juez de la calidad del servicio, al ser este quien analiza las expectativas que posee frente a la consulta en relación con lo que

¹⁰ NIETO. et al, Op. cit., p. 84-85

¹¹ GÓMEZ Padrón, María Virginia. La comunicación humana en la relación médico paciente. [en línea]. Sinexi S.A. La Habana. Lucas Morea. 1997 [cita 20 nov., 2004]

¹² PARSON, Citado por NIETO M. Joaquín, et al. Psicología para ciencias de la salud. España: McGraw-Hill, 2004. p. 83

obtiene de la misma. De esta manera, se espera que el médico sobrepase las expectativas del paciente, mediante la coherencia de sus actividades, destrezas y conocimientos; la facilidad que posea para acercarse y crear una relación amena con el paciente; las actitudes de cortesía, amabilidad, respeto y consideración especial hacia las condiciones del paciente enfermo; la configuración de una comunicación en donde el usuario se encuentre bien informado y sienta que sus inquietudes son escuchadas, y se responden de manera clara, en un lenguaje sencillo y comprensible; el establecimiento de un clima de confianza y honestidad en la que se tengan presentes los intereses del usuario; y la orientación de las acciones del profesional hacia el reestablecimiento de la salud del paciente, adecuando sus servicios a las necesidades del mismo. Es así como puede considerarse que la calidad de la relación médico – paciente y la atención médica van de la mano con las expectativas del servicio prestado a la comunidad¹³.

En la comunicación que se establece entre médico y paciente, son relevantes aquellas expresiones verbales que median el conocimiento de las características del usuario, al igual que a aquellas expresiones no verbales que a través de la observación detallada permiten descubrir engaños por parte del paciente, ocultamiento de información, ansiedades frente al diagnóstico, insatisfacciones con el tratamiento, expectativas no resueltas durante la revisión médica, al igual que las inconformidades del médico frente a las particularidades del paciente o a los resultados obtenidos durante el tratamiento.

Así se concibe el diálogo como parte fundamental en el accionar de los miembros de dicha relación; la actitud de atenta escucha, la comprensión de las características de la enfermedad, el tener presente la relación entre los síntomas y el estilo de vida del paciente, conocer la manera en que este concibe su enfermedad y la responsabilidad que asume frente a la misma¹⁴, permite modificar la estructura de la relación médico – enfermedad a un modelo de interacción médico - persona enferma, donde el manejo circular de la información dinamiza el proceso comunicativo y los roles pre-establecidos, brindando al usuario un espacio de descarga emocional así como la posibilidad de asumir una actitud activa durante el encuentro terapéutico y en su tratamiento.

La comunicación, desde esta perspectiva, tiene la capacidad de penetrar en la realidad subjetiva de los miembros de la relación. Se concibe como un proceso de interacción circular que incluye la expresión de un fenómeno por parte de una persona, y la observación de que tal acción expresiva ha sido percibida, interpretada y convertida en mensaje por parte de otra¹⁵.

¹³ MONTAÑA, Joaquín et al. Evaluación de la calidad del servicio, la lealtad y la satisfacción en el sector salud. Neiva: Universidad Surcolombiana, 2004. p. 14-16

¹⁴ ORTIZ J, Remedios. La escucha en la relación médico-paciente [en línea]. Servicio de prensa N° 181 [Ámbito de investigación y difusión María Corral], enero 2002 [cita 11 dic., 2004].

¹⁵ NIÑO R, Víctor Miguel. Los procesos de comunicación del lenguaje. Para su aplicación en cursos y talleres de nivel superior. Colombia: Ecoe, 1985. p. 38-42

En la entrevista médica, el lenguaje verbal se configura como el sistema básico de comunicación. El médico debe tener presente en el manejo de la información las circunstancias de tiempo y lugar en que se produce la relación, las características sociales de los interlocutores, el tipo de relación que los une y la terminología empleada en la consulta. Si bien es cierto que el paciente tiene derecho a ser informado sobre su estado de salud (diagnóstico, tratamiento y recuperación), más que obtener del especialista un discurso incomprensible cargado de tecnicismos acerca de la conducta de la enfermedad y los agentes patológicos involucrados en ella, se espera que el profesional de la salud facilite la comprensión de la información, adecuándola a las características del usuario, su nivel cultural y grado de escolaridad, para que este se halle en la capacidad de evaluar por su propia cuenta, beneficios y riesgos del tratamiento médico al que puede someterse. Esto influye de manera significativa en la percepción que construya el usuario del médico que lo atiende, al catalogarlo como buen o mal profesional dependiendo de las ganancias obtenidas en función de la información captada e interpretada de manera adecuada en el encuentro terapéutico.

Por otro lado, el lenguaje no verbal juega un papel fundamental en la relación al poseer la capacidad de comunicar los aspectos subjetivos de los participantes en el encuentro médico. Por medio de esta vía, el paciente expresa de manera espontánea sus emociones, las preocupaciones sobre su estado de salud, y demás actitudes propias de esta experiencia.

Cabe anotar, que la enfermedad genera en la persona un estado de ansiedad que se manifiesta en la necesidad de conocer a cabalidad lo que le sucede. Esta incertidumbre la lleva a buscar señales que le indiquen cual es la situación real de su estado de salud y como debe comportarse. De esta manera, el paciente, a través de la observación de los comportamientos no verbales del personal sanitario, se crea expectativas acerca de la gravedad de su enfermedad, del interés que el médico tiene por él, e interpreta si es apreciado, valorado y si se espera que se recupere. Es así, como las expresiones faciales de interés, aprobación, cansancio o disgusto transmitidas por el médico, proveen al paciente de indicios que le permiten establecer su grado de aceptación y agrado frente al especialista.

De esta forma, se ha comprobado la importancia que posee la interacción cara a cara en la relación médico paciente; aspectos básicos en la relación humana como el contacto físico, la mirada, la expresión facial y el tono de voz, son relevantes en la determinación de la estructura y funcionalidad de dicha relación. El contacto físico es la principal conducta no verbal en el ejercicio de la medicina; actividades típicas en la consulta médica dirigidas al examen físico generan en el usuario cierto grado de seguridad con respecto al profesionalismo del especialista, el saludar de mano o tocar al paciente cuando se despejan dudas sobre su estado de salud, facilitan el establecimiento de un clima de confianza y espontaneidad

entre los miembros de la relación¹⁶. A través del tono de la voz, se transmiten y perciben datos acerca de los estados emocionales de quienes interactúan. Igualmente, la mirada es uno de los elementos que más información aporta en la consulta; por medio de ella se regula el flujo de la comunicación, se facilita la retroalimentación entre los miembros de la relación, posee la facultad de expresar emociones de manera inconsciente y define la naturaleza de la relación médico – paciente. Cabe anotar, que desde la perspectiva de los pacientes, el no mirar a la cara puede significar la negación de su condición de persona, sin embargo, el mirar demasiado puede hacer que éste se sienta incómodo.

Dentro de los modelos del proceso comunicacional descritos a lo largo de la historia, el propuesto por Charles Osgood¹⁷, concibe que dentro de la interacción médico – paciente, el profesional de la salud debe contemplar al momento de dirigirse al usuario, que los mensajes transmitidos serán interpretados por este mediante un proceso de codificación y decodificación de la información. Por tanto debe tener presente el cómo se habla, cuando, a quien y en donde, es decir reconocer las particularidades y necesidades de cada sujeto entre ellas la necesidad de estar bien informado.

Desde esta perspectiva, se entiende que dentro del acto comunicativo, el impacto que tiene la información sobre el usuario no depende solamente de las características básicas del mensaje: exactitud, claridad, consistencia interna, redundancia; y las características del receptor: grado de comprensión, valores culturales y grado de instrucción; si no también de sus intereses, motivaciones y la interpretación que realice sobre el contenido de la misma¹⁸. Esto determina la percepción de la persona hospitalizada, acerca de la calidad de la relación médico – paciente y las actitudes que asuma frente al tratamiento de su enfermedad; las cuales se relacionan con la cantidad de información suministrada por el médico durante el encuentro terapéutico.

En otras palabras, la percepción definida como un proceso bipolar resultante de la interacción de las condiciones del estímulo y de los factores que actúan dentro del observador: experiencia previa, motivaciones, actitudes y personalidad¹⁹; determina el grado de satisfacción y adherencia al tratamiento del usuario, teniendo presente que éste a través de lo que recibe del ambiente, asume actitudes que permitirán el buen desempeño del profesional y los resultados óptimos del tratamiento.

¹⁶ GÓMEZ, Op. cit., [En línea]

¹⁷ Ibid. [En línea]

¹⁸ SEGURA Benedicto, Andréu. Impacto de la información sobre la salud en la relación médico paciente y en la salud pública. La información y la salud pública [en línea]. La Habana, 2001, boletín 52. [cita 27 nov, 2004]

¹⁹ WHITTAKER, James. Psicología. 3 ed. México: Interamericana, 1977. p 324-327

De esta forma, durante la entrevista médica se generan una serie de fenómenos psicológicos que condicionan la dinámica de la relación. En ella se origina una “rica trama relacional entre médico y paciente que es importante conocer y manejar en pro de la eficacia terapéutica”²⁰; y se delimitan procesos de interacción dependientes de las características de la relación establecida y de las actitudes, creencias, valores y tipos de personalidad tanto del médico como del paciente: transferencia, contratransferencia, rapport y empatía, los cuales determinan la funcionalidad y efectividad de la intervención médica.

En el encuentro médico – paciente, sucede lo que en toda relación, las personas tienden a configurar la imagen del otro según los esquemas que han creado a lo largo de su vida; estos esquemas han sido adoptados teniendo como base la experiencia adquirida por los sujetos en situaciones similares, esta tendencia de proyectar en el otro imágenes preconcebidas, se basa en el deseo del médico y del paciente, de poseer un cierto grado de control sobre la situación, de manera que puedan sentirse seguros y orientados sobre las actitudes que debe adoptar frente a su interlocutor.

En el paciente, la condición de dependencia y la necesidad de ayuda facilitan la proyección en el médico, de características que lo catalogan como aquella figura protectora capaz de proporcionarle seguridad y consuelo, por lo que espera de éste, conductas acordes a las cualidades que le han sido atribuidas. Esto se debe básicamente, a que la percepción no es un fenómeno pasivo sino activo, que no asimila sino que proyecta, que no es dependiente de la estimulación sino de las necesidades del sujeto, de su capacidad de configuración y del estado funcional de su psiquismo²¹.

Este fenómeno conocido como transferencia, posee la capacidad de generalizar ciertas características del médico, como la apariencia física, expresiones faciales, maneras de hablar y de comportarse, que le recuerdan a otras personas; de tal forma que el paciente asume actitudes en la relación, teniendo como base la manera usual de comportarse frente a la imagen evocada. Por tal razón, al encontrar algún aspecto que coincida con sus prejuicios e imágenes preestablecidas, le adjudicará la totalidad de alguna de dichas imágenes, para adoptar entonces sus actitudes habituales frente a éstas. Sullivan²² define este fenómeno típico en las relaciones interpersonales como “distorsión paratactica”, la cual es utilizada por las personas como estrategia para defenderse de la angustia que le genera el no conocer las particularidades de su interlocutor ni la manera de comportarse frente al mismo.

²⁰ ZAPATA, Dinámica de la relación médico enfermo: transferencia y contratransferencia, Op., cit. [En línea].

²¹ NORMAN, D. El procesamiento de la información. Buenos Aires: Paidós, 1969. p. 55-58

²² SULLIVAN, Harry. La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires: Psique, 1959. p. 50-51

De esta manera, la transferencia o percepción del paciente en la práctica médica, puede ser positiva o negativa dependiendo de los afectos desplazados, o las generalizaciones y proyecciones realizadas por éste hacia el profesional de salud; si es positiva, el paciente cataloga a su médico como una persona amable, simpática, digna de respeto, confianza y admiración, lo que produce efectos favorables en la relación; si se establece de manera negativa, el médico es definido por el usuario como una mala persona, antipática, no fiable, autoritaria y déspota, lo que distorsiona la relación, hace imposible el establecimiento de un vínculo afectivo y dificulta la efectividad de la intervención terapéutica.

Igualmente, el médico en el proceso de interacción con su paciente, pone al descubierto aspectos de su personalidad que de no ser detectados y manejados adecuadamente, pueden ejercer un efecto negativo en la relación. Esto se conoce como contratrasferencia en la consulta médica, y se define como el “conjunto de efectos que las necesidades y conflictos del médico tienen sobre su capacidad para atender y comprender al paciente, así como las dificultades que presenta para abordar con efectividad aquellas conductas y mensajes del paciente que activan sus propios conflictos”²³.

Es inevitable que el médico, al involucrarse en la problemática del paciente no se identifique con sus necesidades, traiga a su memoria experiencias previas con pacientes que presenten características similares de edad, sexo, condición social, estilo de vida, o experimente cierta reacción afectiva al catalogar al usuario según el concepto de buen o mal paciente que ha construido a lo largo de su carrera profesional. De esta manera, el especialista puede percibir a su paciente como una persona pesada, desafiante, sumisa, dominante, provocadora o interesante y adoptar comportamientos acordes a esta manera de concebir la identidad del mismo.

Al respecto Judith Lorber²⁴, explica los comportamientos de buen y mal paciente; define al buen paciente como aquel que no hace preguntas, cumple con lo que se le indica y coopera en todo momento, lo que supone no causar problemas al equipo de salud. Por el contrario el mal paciente, sería aquel que genera “problemas” en la intervención, hace preguntas y demanda respuestas, al igual que exige atención y suele quejarse cuando se encuentra inconforme con lo que recibe del personal médico. Al describirlos concluye que en las entrevistas médicas, el 25% de los pacientes presentan actitudes propias de los “pacientes problemas” mientras que el 75% restante encarna el papel del “buen paciente”.

²³ ZAPATA, Dinámica de la relación médico enfermo: transferencia y contratrasferencia, Op., cit. [En línea].

²⁴ LORBER Judith, citado por BRANNON, Linda y FEIST, Jest. Psicología de la Salud. España: Paraninfo, 2002. p.94

De tal modo, es fundamental que el profesional de la salud tenga aclarados sus conflictos al momento de realizar cualquier intervención médica, con el fin de que estos no interfieran en el desarrollo de la misma, le permitan tener un control sobre la dirección de la terapia, la captación de los significados y no afecte su vida emocional.

Por otro lado, el rapport o corriente afectiva y de cordialidad que se da entre médico y paciente, permite que el entrevistado revele de manera espontánea aquellas vivencias propias de su enfermedad y el significado que estas adquieren en su desarrollo personal; el tratar con cortesía al paciente durante la consulta e interesarse al escuchar lo que comunica, disminuye su ansiedad, se crea un clima de confianza y provoca que este se comporte de forma natural de acuerdo a las circunstancias del momento²⁵. Es evidente que el enfermo necesita sentirse apreciado y observar conductas de agrado por parte del personal sanitario; el trato amable y las expresiones no verbales de solidaridad emocional, permiten que éste se sienta tranquilo y pueda confiar plenamente en lo que el médico le expresa.

Igualmente, la empatía, se concibe como la capacidad de comunicarse del médico, al tener presente su experiencia profesional con la patología y la terapia; es definida como un proceso activo que permite al terapeuta experimentar, vivenciar acontecimientos desde la posición del consultante, lo que supone la necesidad de adoptar sus puntos de referencia al comprender objetivamente sus sentimientos y conductas con el propósito de conocer la situación de la persona a través de la traducción de sus palabras y gestos a un significado de experiencia equiparable²⁶.

De este modo, durante la entrevista médica el profesional debe manifestar al paciente su deseo de comprender lo que le sucede a través de afirmaciones, preguntas y aclaraciones que expresen su esfuerzo por entender su experiencia y sentimientos. Por tal razón, la respuesta empática requiere una completa transmisión de la comprensión de las emociones y preocupaciones del paciente, además de una orientación frente a como debe comportarse en dicha situación²⁷.

Así mismo, el considerar la individualidad y la dignidad del paciente respetando su forma de pensar, valores y limitaciones, son conductas propias de un buen profesional de la salud; éste debe tener en cuenta que cada paciente es un mundo aparte, por tanto, su manera de experimentar la enfermedad y enfrentarse a ella dependen de las condiciones propias de su estilo de vida y los patrones de comportamientos establecidos a lo largo de su desarrollo. Ello supone una actitud

²⁵ GRADOS, J. La entrevista en las organizaciones. Santa fe de Bogotá: Manual moderno, 1993. p. 58-59

²⁶ Ibid. p. 59-60

²⁷ NIETO M, Joaquín, et al. Psicología para ciencias de la salud. España: McGraw-Hill, 2004. p. 112

de respeto hacia el derecho del paciente a adoptar sus propias decisiones; un compromiso con la terapia manifestado en acciones como la puntualidad, dedicar tiempo suficiente para escuchar y atender al usuario de forma personalizada; mantener la confidencialidad de la información manejada en la consulta; asegurar la privacidad durante la asistencia y mantener una actitud no valorativa de tal forma que el paciente no se sienta culpado por sus conductas.

Se considera entonces, que cada consulta presenta modalidades diferentes de relación, dependientes de las características de la entrevista médica y el adecuado manejo de los fenómenos psicológicos que intervienen en el proceso comunicativo. Por ello, el médico debe conocer las reglas y principios básicos que rigen la comunicación interpersonal, al tener presente que todos los comportamientos humanos son potencialmente comunicativos y por lo tanto capaces de ser analizados y utilizados para comprender y ayudar al enfermo²⁸, no solo en los servicios de consulta externa sino también en el ámbito hospitalario.

Desde esta perspectiva, las modalidades de relación médico – paciente, se dan de acuerdo a diversos factores como la perspectiva histórica, esta encierra la concepción de la enfermedad que se tenga en un momento determinado y el tipo de asistencia médica que se ofrece; tipo de enfermedad, puede ser aguda o crónica; grado de participación del enfermo; tipo de ejercicio profesional (generalista o especialista); tipo de asistencia (pública o privada); y personalidad de los participantes²⁹. Por lo tanto, durante la hospitalización puede darse cualquier modalidad, pues el estado de salud del usuario es determinante en el tipo de relación médico – paciente que se establezca, y así mismo la pasividad, cooperación y participación de éste durante el periodo hospitalario.

A continuación, se exponen cuatro modelos de relación en los que se tienen en cuenta las diferentes concepciones de médico y paciente, acerca de los motivos, valores, decisiones y objetivos de la relación:

Modelos de relación médico-paciente

| | Paternalista | Informativo | Interpretativo | Deliberativo |
|------------------------------|---|--|---|--|
| Valores del paciente | Objetivos: Compartidos por el médico y el paciente. | Definidos, fijos, conocidos por el paciente. | Poco definidos y conflictivos, necesitados de aclaración. | Abiertos a discusión y revisión a través del debate moral. |
| Obligación del médico | Promover el bienestar del paciente interdependientemente de las preferencias de | Dar información relevante y realizar la | Determinar e interpretar los valores del paciente más | Estructurar y persuadir al paciente de que ciertos |

²⁸ ZAPATA, Comunicación verbal y no verbal, Op., cit. [En línea].

²⁹ NIETO et al, Op. cit., p. 86-87

| | | | | |
|--|---------------------------|---|--|--|
| | éste. | intervención elegida por el paciente. | importantes, informar y realizar la intervención elegida por él. | valores son los mas adecuados, informarle y realizar la intervención elegida por él. |
| Concepción de la autonomía del paciente | Asumir valores objetivos. | Elección y control sobre los cuidados médicos | Autocomprensión de los elementos relevantes para los cuidados médicos. | Autodesarrollo de los valores morales relevantes para los cuidados médicos. |
| Concepción del papel del médico | Guardián. | Técnico experto. | Consultor consejero. | Amigo maestro. |

Fuente: NIETO M, Joaquín, et al. Psicología para ciencias de la salud. p. 87

Del cuadro anterior, se puede decir que los cuatro modelos son complementarios, y que en toda relación médico – paciente que se establezca lo importante es velar por la salud y recuperación del paciente, hacer lo posible para que se incorpore de nuevo a su cotidianidad cumpliendo las prescripciones y tratamiento médico. Sin embargo, se hace necesario abordar a la persona hospitalizada como ser integral, suministrarle toda la información que sea relevante y pertinente en lo que respecta al estado de salud y tratamiento médico: posible diagnóstico, las posibilidades terapéuticas, los riesgos y los beneficios, las probabilidades a favor o en contra de los procesos que se establezcan, entre otras. Si en alguna ocasión, debido al delicado estado de salud del usuario hospitalizado es el médico quien elige las pruebas diagnósticas y tratamiento a seguir, lo ideal es que sea éste el que explique a los familiares o al mismo paciente las razones de la elección realizada.

Se puede inferir entonces, que la estructura hospitalaria tiende a aumentar la asimetría que existe en la relación médico paciente, pues acentúa el estatus de superioridad del profesional y fomenta la pasividad del enfermo.

Por otro lado, la persona que se encuentra hospitalizada es aislada de su medio para brindarle una asistencia que contribuya a su cuidado y satisfacción de sus necesidades; en consecuencia, su interacción cotidiana cambia de contexto para trasladarse a un entorno desconocido para él, en el que debe interactuar con personas extrañas (personal sanitario), que con el tiempo y por la misma necesidad de ayuda, se convierten en su marco social de referencia inmediata debido a la situación de salud que afronta en ese momento.

Por tal motivo, el tipo de relación que el paciente establezca con el equipo de salud y en especial con el médico especialista es de gran importancia, al convertirse en un factor determinante para continuar con su desarrollo social y personal, lo que influye en la adaptación y respuesta al entorno hospitalario. Es por ello, que se puede afirmar que la hospitalización va mas allá de un diagnóstico y tratamiento de una patología y que la persona hospitalizada es mucho más que un organismo biológicamente alterado, pues la realidad psicosocial del paciente, juega un papel importante en la respuesta del enfermo al entorno hospitalario.

Durante el periodo de hospitalización, es la organización la que condiciona el comportamiento del paciente, pues el hospital cuenta con una subcultura propia dada por el tipo de trabajo en el que se desempeña cada persona, otorgando un status y rol determinado; y constituida por creencias, normas de comportamiento y expectativas de rol que son compartidas por los miembros de la institución. Por consiguiente, el enfermo hospitalizado se encuentra en una subcultura específica a la cual no pertenece pero debe adaptarse, asumir sus reglas y cumplir con las recomendaciones médicas³⁰.

Pero a su vez, dentro del ámbito hospitalario el paciente cuenta con disposiciones establecidas legalmente, según las cuales los usuarios del servicio tienen derecho a recibir por parte del personal sanitario atenciones especiales de cuidado y respeto a su dignidad personal, valores culturales, psicosociales y espirituales.

En Colombia, se cuenta con la Resolución 13437 del 1 de Noviembre de 1991 del Ministerio de Salud que dispone los derechos del enfermo³¹, la cual dice:

“Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
2. Su derecho a disfrutar una comunicación plena y clara con el médico, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y al pronóstico y riesgo que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o

³⁰ NIETO, Op., cit. p. 92-94

³¹ DURÁN, Ernesto, et al. Derechos de los niños hospitalizados en Santa Fé de Bogotá. Situación y perspectivas. Bogotá: Secretaría distrital de salud, 1999. p.28-29

rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.

4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.

5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.

6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por parte de las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.

7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profese.

8. Su derecho a que se respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

9. Su derecho a que se respete la voluntad de aceptar o rehusar la donación de sus órganos para que estos sean transplantado a otros enfermos.

10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural, en la fase terminal de su enfermedad"

Estas disposiciones legales, por lo general son desconocidas por el enfermo hospitalizado, quien no se comporta con base a estos derechos ni exige su cumplimiento. Este desconocimiento, hace que sean más evidentes las características psicológicas que identifican al paciente; se manifiestan a través del comportamiento que éste tiene durante la estancia hospitalaria, Lipowsky³² define características psicológicas como: perturbación emocional: ansiedad y depresión;

³² LIPOWSKY, citado por NIETO M, Joaquín, et al. Psicología para ciencias de la salud. España: McGraw-Hill, 2004. p. 95

sentimientos de: despersonalización, pérdida, falta de control de la situación, incertidumbre, desvalimiento, indefensión; actitudes de dependencia excesiva; aumento de la regresión y de desorganización de su comportamiento. Las cuales se encuentran en mayor o menor grado en el enfermo hospitalizado.

Dichas alteraciones, son ocasionadas por la intervención de factores como la personalidad de cada paciente, los mecanismos de defensa, el grado de vulnerabilidad frente a situaciones estresantes, la forma en que cada persona percibe la situación de hospitalización, las expectativas que el enfermo tiene frente a esta y la valoración que hace de las posibilidades que posee para afrontarla.

A su vez, las características psicológicas son el resultado de una serie de eventos que se desencadenan en el tiempo de hospitalización, durante este periodo, el paciente es aislado de su entorno familiar y social, le es asignado un número de historia clínica, pierde su intimidad y debe estar disponible en todo momento para el personal sanitario, su movilidad es limitada, pues los espacios por donde puede transitar son determinados previamente por la institución hospitalaria, quien determina horarios de comidas, visitas entre otros; en pocas palabras, lo único visible en la persona hospitalizada es la enfermedad, pierde su status de ser humano, y es reducido a un número de cama o patología.

De esta forma, se ignora la identidad del enfermo y se pasan por alto sus comentarios y preguntas, los profesionales suelen hablar delante de estos usando un lenguaje técnico que el paciente no entiende y le genera gran ansiedad y sensación de indefensión, porque la información que recibe es deficiente, y el personal hospitalario, por lo general, no explica el propósito o los resultados de los exámenes realizados, y deja al paciente sin la información que requiere; de tal manera que se encuentran más satisfechos aquellos que son tratados como personas y se les informa acerca de su situación actual; el paciente desea ser tratado con respeto y espera que el médico sea comunicativo y amable al momento de responder sus cuestionamientos³³. Desde esta perspectiva, los pacientes están más satisfechos con los médicos que están dispuestos a interactuar con ellos en relación con sus problemas de salud; hablar sobre asuntos ajenos a la medicina y manifestar un comportamiento no verbal positivo³⁴

Este trato impersonal fue definido por Irving Goffman³⁵, por medio de la siguiente afirmación “proceso mediante al cual el paciente es saludado inicialmente con una actitud que podría calificarse como civilizada y es despedido al finalizar de la misma manera, pero en cuyo transcurso es tratado como si no fuese una persona social, sino como una posesión que alguien hubiera dejado olvidada”

³³ BRANNON, Op., cit. p. 92-95

³⁴ Ibid., p. 91

³⁵ GOFFMAN, Irving citado por BRANNON Linda y FEIST, Jest. Psicología de la Salud. España: Paraninfo, 2002. p. 92

Se concluye, que dada la connotación que posee la medicina dentro del entorno social, el paciente tiende a asumir una posición pasiva frente a la consulta médica, siendo el especialista quien la dirige hacia los aspectos que para él son importantes en el conocimiento de la sintomatología que aqueja al usuario con el fin de realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de la patología descrita. Se olvida que la interacción en la relación médico – paciente, está enmarcada en un contexto de mutua reciprocidad que se caracteriza, como toda relación interpersonal, por un contacto directo cara a cara entre sus miembros, quienes tienen la oportunidad de intercambiar de manera espontánea, conocimientos, emociones, sentimientos y expectativas frente a lo que se espera; donde se aporten beneficios para mejorar la calidad de vida de quien asiste a consulta.

Por tal razón, se observa que el deseo de objetivar la intervención médica lleva a que la persona enferma, sienta que se ignoran aspectos fundamentales de su personalidad, lo que influye directamente en su decisión de continuar con el tratamiento y cumplir las recomendaciones realizadas por el personal médico.

5. MARCO CONTEXTUAL

El Hospital universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” es una Empresa Social del Estado, que constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa³⁶; atiende a las demandas de prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud en la región Surcolombiana con un tercer y cuarto nivel de atención.

Presta servicios en especialidades básicas: Psiquiatría, Unidad renal, cardiovascular, neumológica, pediatría y cancerología, con algunas subespecializaciones médicas y quirúrgicas.

5.1 MISIÓN

Ofrecer servicios de salud de mediana y alta complejidad en la región Surcolombiana, apoyados con tecnología de punta, bajo parámetros de calidad, oportunidad y eficiencia dentro de los principios de ética, humanidad, identidad y compromiso en la asistencia médica, satisfaciendo las expectativas de los usuarios y alcanzando una rentabilidad social y económica que garantice la supervivencia y el desarrollo institucional.

5.2 VISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de la ciudad de Neiva, debe ser líder en escenario departamental, optimizando la prestación de servicios de la salud en la región Surcolombiana para el año 2011, mediante la potenciación integral de los recursos y el fortalecimiento organizacional e institucional en la búsqueda permanente del mejoramiento bajo parámetros de oportunidad, eficiencia, eficacia en la calidad de atención y servicio, cumpliendo las necesidades y expectativas de nuestros clientes.

5.3 OBJETIVO SOCIAL

La empresa social del estado Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, es una entidad de tercer y cuarto nivel, de atención integral a los pacientes a través del diagnóstico precoz, tratamiento médico, quirúrgico y rehabilitación física, mental y social, utilizando tecnología de última generación.

³⁶ SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. LEY 100 de 1993, Libro Segundo, Cap. III, Art. 194

Brinda atención personalizada a la región Surcolombiana afiliados a los regímenes contributivos y subsidiado al sistema de salud.

5.4 RESEÑA HISTÓRICA

El origen de la institución se relaciona con la existencia de la sociedad de caridad y beneficencia de Neiva Hospital San Miguel, creado en 1856 por el párroco de esta ciudad presbítero Félix Ávila Valdés y posteriormente a cargo de las hermanas de la presentación en 1882.

Después de ochenta años y debido al constante crecimiento de la población, se origina la alternativa de crear un nuevo Hospital con mayor cobertura; es así como en 1940 se adquiere un lote llamado Chircales, en el llano de Avichenty de una dimensión de tres hectáreas 4990 m², con linderos iniciales en el arroyo de la Toma y la carrilera que actualmente ocupa la calle 9 hasta la Avenida la Toma entre carreras 14 y 15. Dieciocho años después se inició la construcción del edificio del nuevo hospital que consta de siete pisos con capacidad para 350 camas.

En octubre de 1975 la planta física del Hospital fue puesta al servicio de la comunidad con los beneficios de consulta externa y el 14 de enero de 1976 se abrió el servicio urgencias y hospitalización con 120 camas.

En honor al Doctor Hernando Moncaleano Perdomo director del Hospital San Miguel, el nuevo Hospital lleva su nombre.

A partir de los noventa, el gobierno modificó su modelo tradicional con la aprobación de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, que ha significado la reforma más importante que ha experimentado el país en la historia de la salud pública; afectando la forma como se había atendido y entendido la salud. Entre las organizaciones más afectadas se encuentran los Hospitales en cuatro transformaciones sustanciales: usuarios, servicios, gestión y sistema de financiación.

La nueva reforma del sistema de salud redistribuye los recursos, las competencias, y asigna a los hospitales la responsabilidad de los servicios asistenciales, por encima de las demás tareas que se asignan a otras agencias. De acuerdo a estas disposiciones, los hospitales deben consolidarse como empresas cualificadas y eficientes de prestación de servicios de atención a la salud de las personas y muy especialmente los paquetes de servicios que la ley denomina planes de beneficio.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

Su función es identificar y definir el método o camino específico de la investigación, estructurar la unidad de análisis, definir las variables, sus indicadores, la población, la muestra, los instrumentos, los procedimientos de análisis e interpretación de la información³⁷.

El presente estudio utilizó un diseño no experimental de investigación. Este tipo de estudios se realizan sin manipular deliberadamente las variables, es decir, se trata de investigaciones donde no se hace variar intencionalmente las variables independientes; simplemente se observan fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos³⁸.

En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos; esta situación consiste en recibir un tratamiento, condición o estímulo bajo determinadas circunstancias, para después analizar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o condición (en un experimento se construye una realidad). Por el contrario, en un estudio no experimental, no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. En este diseño de investigación, las variables independientes ya han ocurrido, y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, ni puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

6.1 TIPO DE ENFOQUE

Los métodos cuantitativos de investigación³⁹ se caracterizan por estar inspirados en una concepción positivista, ya sea empirista o hipotética deductiva; donde la realidad es vista como exterior a los individuos en un orden social similar al natural, es decir, un mundo regido por la lógica de las relaciones causales y de las leyes inexorables. El interés se centra en el cuidadoso seguimiento de pasos y procesos del Método Científico y en la descripción y verificación de relaciones causales entre conceptos que provienen de un esquema teórico previo, ya sea general, formal o sustancial.

³⁷ VELEZ Bedoya, Rodrigo. Módulo: taller número 2 el proyecto. Postgrado de gestión pública 1997, p.8

³⁸ HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, Carlos, BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. Segunda edición. México, 1998

³⁹ BRIONES, Guillermo. Metodología de la Investigación en las Ciencias Sociales. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de Investigación Social. ICFES, 1996

El enfoque que se utilizó en esta investigación fue cuantitativo, pues los conceptos operacionales se plantearon en dimensiones medibles ligadas a la teoría y los datos obtenidos se expresaron numéricamente según sus propiedades⁴⁰.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

En la presente investigación, se utilizó un diseño descriptivo, pues se describen las características del problema de investigación, se cuantifican los comportamientos, y se explican actitudes

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes de lo que se va a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es *medir*, por lo tanto, en estudios de este tipo se selecciona una serie de aspectos y se mide cada uno de ellos independientemente para así describir lo que se investiga⁴¹. Estos estudios miden de manera independiente los conceptos o variables que se definen; se integran las mediciones de las variables para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés, pero su objetivo no es indicar cómo éstas se relacionan. Los estudios descriptivos pueden ofrecer la posibilidad de predicciones aunque sean incipientes y rudimentarias.

6.3 POBLACIÓN

La *población blanco*, esta integrada por personas mayores de 18 años de edad que se encuentran hospitalizadas

La *población accesible* está compuesta por personas mayores de 18 años que se encuentren hospitalizadas en el cuarto (gineco-obstetricia), quinto (cirugía), y sexto piso (medicina interna y rehabilitación) del hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva

6.4 MUESTRA

Estuvo conformada por 100 pacientes internados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva, con un tiempo de hospitalización igual o mayor a tres días, en el periodo comprendido entre el 22 y 30 de diciembre de 2004.

⁴⁰ BRIONES, Op., cit. p7

⁴¹ HERNÁNDEZ, Roberto. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. Segunda edición. México, 1998

La escogencia de la muestra, se llevó a cabo por medio de un muestreo *no Probabilístico*⁴², donde la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador.

Este tipo de muestreo, *Intencional (o crítico)*, permite al investigador usar su conocimiento acerca de la población para elegir los casos que incluirá dentro de la muestra.

6.4.1 Criterios de inclusión

- Personas hospitalizadas en los pisos cuarto, quinto y sexto, del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva.
- Pacientes hospitalizados mayores de 18 años. La encuesta no está diseñada para el lenguaje de la población infantil y debe ser respondida por la persona usuaria del servicio.
- Personas con un periodo de hospitalización igual o mayor a tres días, tiempo en el que los usuarios han adquirido una percepción más clara sobre la atención brindada por el médico.
- Personas hospitalizadas que acepten participar voluntariamente en el estudio

6.4.2 Criterios de exclusión

- Usuarios menores de 18 años de edad.
- Usuarios mayores de 75 años de edad.
- Usuarios con limitaciones cognitivas.
- Usuarios con enfermedades neurodegenerativas.
- Usuarios con enfermedades psiquiátricas.
- Usuarios con limitaciones fonológicas y auditivas.
- Usuarios con un periodo de hospitalización menor a tres días.

6.5 VARIABLES

Una variable es una cualidad, propiedad o característica de las personas o fenómenos que se desean estudiar en el problema planteado. Esta puede variar, es susceptible a medición, y puede adquirir diversos valores⁴³.

⁴² POLIT- HUNGLER. Investigación científica en Ciencias de la Salud. Quinta edición. Mc Graw Hill Interamericana. México, 1997

⁴³ DELGADO, María Consuelo y CABRERA, esperanza. Módulo investiguemos, Neiva 1999, p211

En esta investigación las variables se utilizaron para caracterizar el objeto de investigación: (Ver Anexo A).

- Sociodemográfica.
- Relación médico-paciente.

Para todas las variables estudiadas, se tuvo en cuenta un tipo de *Análisis Descriptivo*⁴⁴, cuya función principal consiste en caracterizar a un colectivo con una o más de esas expresiones de la variable analizada. Las técnicas utilizadas en este tipo de análisis, fueron:

- Las distribuciones de variables: distribución de frecuencias absolutas, distribución de porcentajes, frecuencias acumulativas y cruce de variables.
- Medidas de tendencia central⁴⁵ (números calculados con formulas especiales que representan en forma sumaria a una serie de valores de una variable cuantitativa).
- Paquete estadístico SPSS

6.6 INSTRUMENTO

Para efectuar la presente investigación se elaboró una encuesta⁴⁶, técnica cuantitativa que consiste en un estudio realizado sobre una muestra representativa de sujetos de un colectivo más amplio que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir mediciones cuantitativas sobre una gran cantidad de características objetivas y subjetivas de la población.

Esta técnica es una de las más utilizada y permite obtener información de casi cualquier tipo de población y sobre hechos pasados de los encuestados; posee gran capacidad para estandarizar datos, lo que permite su tratamiento informático y el análisis estadístico; es relativamente barata para la información que se obtiene con ello.

A su vez, el cuestionario, instrumento de la encuesta elaborada, recoge datos con los que se operacionalizan las variables objeto de observación e investigación, y en el cual, las preguntas son los indicadores.

6.6.1 Construcción del instrumento. Teniendo en cuenta la revisión teórica y metodológica, y la observación realizada por las investigadoras durante el tiempo de practica profesional en dos periodos académicos, cada uno de cuatro meses en

⁴⁴ COOLICAN, Hugh. Métodos de investigación y estadística en Psicología. 2 ed. México: Manual Moderno, 1997. p. 240-247

⁴⁵ BRIONES, Guillermo. Metodología de la Investigación en las Ciencias Sociales. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de Investigación Social. ICFES, 1996

⁴⁶ COOLICAN, Op. cit., p. 153-65

el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva en el año 2004, sobre el servicio recibido por los pacientes del médico que los atiende; se construyó el cuestionario de la encuesta para el que se elaboraron un total 77 ítems. Cuatro de ellos permiten identificar los factores socio-demográficos y los 73 restantes, hacen referencia a la relación establecida entre médico y paciente durante el periodo de hospitalización, desde la perspectiva del usuario. (Ver Anexo B).

Las preguntas forman cinco dimensiones a evaluar: concreción, está conformada por 17 ítems; rapport, por 17; empatía, por 15; respeto, por 18 y finalmente, satisfacción conformada por 6 ítems. Las opciones de respuesta, se presentan en una escala tipo Likert: siempre – S, casi siempre – CS, algunas veces – AV, casi nunca – CN y nunca – N. (Ver Anexo C).

Posteriormente el diseño de la encuesta se sometió al proceso de validación, que inició con la valoración del cuestionario por dos expertos en el tema: CARMEN PATRICIA GUTIÉRREZ DÍAZ, Psicóloga de la Universidad de la Sabana, Especialista en gerencia en organización de la salud de la Universidad Iberoamericana y docente de psicometría de la Universidad Surcolombiana; y FABIO ALEXANDER SALAZAR PIÑEROS, Psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en salud familiar integral de Universidad Surcolombiana, Diplomado en prácticas pedagógicas universitarias y docente de las áreas de investigación en Psicología, psicometría y Psicología de la salud de la Universidad Surcolombiana; quienes aprobaron la totalidad de los ítems presentados (77) sugiriendo la corrección a siete de ellos, debido a la terminología empleada.

Por último, los días 16 y 17 de diciembre de 2004, se aplicó la prueba piloto a 20 personas hospitalizadas: 15 pacientes en la Clínica Federico Lleras Acosta, E.S.E Policarpa Salavarrieta; y 5 usuarios con orden de salida del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva, quienes contaban con características similares a la población objeto del estudio.

Los datos obtenidos se analizaron mediante el proceso de correlación, ítem prueba, cuya finalidad es proporcionar la validez de cada ítem con respecto a la totalidad de la prueba y los objetivos del estudio. (Ver Anexo D).

Para la inclusión de los ítems en el instrumento final, se trabajó con un nivel de significancia de 0.37; luego de realizar el análisis estadístico, se descartaron un total de 22 ítems. Sin embargo al tener presente las condiciones de salud de las personas que participaron en el estudio, se observó que el total de preguntas era considerablemente extenso; de tal manera que a criterio personal, se descartaron los ítems cuyo nivel de significancia puntuara por debajo de 0.5. finalmente, se incluyeron en la encuesta un total de 28 ítems, distribuidos en las categorías de análisis de la siguiente manera: concreción 8 ítems, Rapport 5, empatía 7, respeto 6 y satisfacción 2 ítems. A su vez, fueron modificadas algunas de las preguntas

validadas debido a que durante la aplicación de la prueba piloto se observó que su terminología era confusa para la población de estudio (Ver Anexos E y F).

6.7 APLICACIÓN

En el estudio realizado, se aplicó un cuestionario de opinión, los días 22, 23, 24, 27 y 28 de diciembre de 2004, que trata sobre el sentir de los encuestados sobre la calidad de la relación médico – paciente durante la hospitalización; contiene preguntas cerradas en las que se establece una jerarquía de tipo valorativo en una escala de intensidad creciente de categorías de respuesta⁴⁷.

La encuesta consta de dos partes:

- Información sociodemográfica: Consta de cuatro preguntas cerradas que fueron presentadas a los usuarios que participaron en el estudio, con el fin de obtener información general sobre datos necesarios para obtener la caracterización de la población objeto de estudio: sexo, edad, escolaridad y estrato socioeconómico, dimensiones que poseen opciones de respuesta.
- Preguntas de opinión: Consta de 28 ítems. Contiene un listado de reactivos que indican algunos comportamientos que pueden presentarse durante el encuentro del médico y el paciente en el ámbito hospitalario; abajo de cada afirmación aparece la escala valorativa (S=siempre, CS=casi siempre, AV=algunas veces, CN=casi nunca, N=nunca), con la que el paciente evalúa la ocurrencia de la conducta descrita. Para cada frase el participante debe marcar con una X la abreviatura que mejor se ajuste a su experiencia durante la hospitalización. Se aclara que debe responder el cuestionario según lo que ha vivido y no como cree que debe responder.

6.8 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó mediante el procesamiento de 100 encuestas aplicadas a pacientes hospitalizados en los pisos cuarto, quinto y sexto, del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva, por medio del paquete estadístico SPSS. Con este paquete, se obtuvo la fiabilidad del instrumento, que según Grande y Abascal⁴⁸, significa que la encuesta siempre mida lo mismo. Para ello se aplicó el método de alpha de Cronbach, que cuantifica las correlaciones entre todos los ítems de la muestra y es bueno cuando su valor es superior a 0.80. El instrumento utilizado para medir la calidad de la relación

⁴⁷ COOLICAN, Op. cit., p. 166-173

⁴⁸ GRANDE y ABASCAL. citado por MONTAÑA, Joaquín et al. Evaluación de la calidad del servicio, la lealtad y la satisfacción en el sector salud. Neiva: Universidad Surcolombiana, 2004. p. 34-36

médico – paciente en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva, tiene un alfa de Cronbach de 0.9194, lo cual indica que la escala utilizada es fiable porque proporciona resultados excelentes.

A su vez, la validez según los autores ya mencionados, significa que la encuesta mida lo que tiene que medir. En esta investigación se midió la validez de contenido y la validez pragmática de la encuesta.

La validez de contenido significa que los ítems que conforman la escala son los adecuados para hacer las mediciones, en la construcción del instrumento se tuvo en cuenta la revisión bibliográfica de las investigaciones relevantes y pertinentes publicadas sobre el tema a nivel nacional e internacional en los últimos cuatro años. A su vez, se revisó la literatura accesible sobre la relación médico - paciente y los modelos de entrevista clínica; estos últimos fueron adaptados a las características del proceso de interacción especialista – persona enferma, en donde las necesidades, expectativas y percepción del paciente juegan un papel fundamental en el desarrollo de la terapia.

La validez pragmática, significa que la escala sirve para hacer predicciones actuales o futuras, y se midió a través de la validez predictiva. Para medir esta validez en la encuesta sobre la relación – médico paciente desde la perspectiva del usuario, se utilizó el modelo de regresión lineal en donde la variable dependiente es la satisfacción (P30-31) y las independientes son la preguntas de la relación médico paciente (P1-30). $P30-31 = 0.1747 + 0.656P1-30$. $r = 0.7196$, $Prob = 0.0000$. Lo anterior demuestra que el modelo tiene validez predictiva.

6.8.1 Metodología para asignación de puntos: Para trasladar la escala Likert: Siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca; del instrumento de la investigación; se asignaron los siguientes valores: Siempre = 5, casi siempre = 4, algunas veces = 3, casi nunca = 2 y nunca = 1. Con esta conversión y para determinar la calidad de la relación medico-paciente en el servicio hospitalario del Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva desde la perspectiva de los usuarios, se establecieron los siguientes rangos:

Los puntajes de la encuesta (el total y las cinco dimensiones) fueron llevados a una equivalencia de rendimiento académico, en el que 5 puntos es la máxima calificación; luego se establece una regla de tres para conformar las categorías Muy bueno, Bueno, Regular y Malo; que se exponen a continuación:

- Puntaje total: la encuesta contiene 28 preguntas, y el máximo puntaje que puede obtener el medico en la relación establecida con el paciente es de 140 puntos. La escala que se obtiene es la siguiente:

| CATEGORÍA | PUNTOS DE ENCUESTA | PUNTAJE ACADÉMICO |
|-----------|--------------------|-------------------|
| Muy bueno | 140 -----126 | 4.5 a 5.0 |
| Bueno | 125.99 -----112 | 4.49 a 4.0 |
| Regular | 111.99 ----- 84 | 3.99 a 3.0 |
| Malo | 83.99 ----- 0 | 2.99 a 0 |

- Dimensión concreción: la encuesta contiene ocho preguntas que miden esta categoría, el máximo puntaje que se puede obtener son 40 puntos. La escala que se obtiene es la siguiente:

| CATEGORÍA | PUNTOS DE ENCUESTA | PUNTAJE ACADÉMICO |
|-----------|--------------------|-------------------|
| Muy bueno | 40 ----- 36 | 4.5 a 5.0 |
| Bueno | 35.99 ----- 32 | 4.49 a 4.0 |
| Regular | 31.99 ----- 24 | 3.99 a 3.0 |
| Malo | 23.99 ----- 0 | 2.99 a 0 |

- Dimensión rapport: la encuesta contiene cinco preguntas que miden esta categoría, el máximo puntaje que se puede obtener son 25 puntos. La escala que se obtiene es la siguiente:

| CATEGORÍA | PUNTOS DE ENCUESTA | PUNTAJE ACADÉMICO |
|-----------|--------------------|-------------------|
| Muy bueno | 25 ----- 22.50 | 4.5 a 5.0 |
| Bueno | 22.49 ----- 20.0 | 4.49 a 4.0 |
| Regular | 19.99 ----- 15.0 | 3.99 a 3.0 |
| Malo | 14.99 ----- 0 | 2.99 a 0 |

- Dimensión empatía: la encuesta contiene siete preguntas que miden esta categoría, el máximo puntaje que se puede obtener son 35 puntos. La escala que se obtiene es la siguiente:

| CATEGORÍA | PUNTOS DE ENCUESTA | PUNTAJE ACADÉMICO |
|-----------|--------------------|-------------------|
| Muy bueno | 35.0 ----- 31.50 | 4.5 a 5.0 |
| Bueno | 31.49 ----- 28.0 | 4.49 a 4.0 |
| Regular | 27.99 ----- 21.0 | 3.99 a 3.0 |
| Malo | 20.99 ----- 0 | 2.99 a 0 |

- Dimensión respeto: la encuesta contiene seis preguntas que miden esta categoría, el máximo puntaje que se puede obtener son 30 puntos. La escala que se obtiene es la siguiente:

| CATEGORÍA | PUNTOS DE ENCUESTA | PUNTAJE ACADÉMICO |
|-----------|--------------------|-------------------|
| Muy bueno | 30.0 ----- 27.50 | 4.5 a 5.0 |
| Bueno | 27.49 ----- 24.0 | 4.49 a 4.0 |
| Regular | 23.99 ----- 18.0 | 3.99 a 3.0 |
| Malo | 17.99 ----- 0 | 2.99 a 0 |

- Dimensión satisfacción: la encuesta contiene dos preguntas que miden esta categoría, el máximo puntaje que se puede obtener son 10 puntos. La escala que se obtiene es la siguiente:

| CATEGORÍA | PUNTOS DE ENCUESTA | PUNTAJE ACADÉMICO |
|-----------|--------------------|-------------------|
| Muy bueno | 10.0 ----- 9.0 | 4.5 a 5.0 |
| Bueno | 8.99 ----- 8.0 | 4.49 a 4.0 |
| Regular | 7.99 ----- 6.0 | 3.99 a 3.0 |
| Malo | 5.99 ----- 0 | 2.99 a 0 |

6.9 FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA

Nombre: Relación médico – paciente: Perspectiva de los usuarios.

Autores: Claudia Rocío Salomón Ariza & Érika Tatiana Moya Jovel.

Objetivo: Describir la calidad de la relación medico-paciente en el servicio hospitalario desde la perspectiva de los usuarios.

Fiabilidad del instrumento: El instrumento utilizado para medir la calidad de la relación médico – paciente tiene un alpha de Cronbach de 0.9194, lo cual indica que la escala utilizada es fiable porque proporciona resultados excelentes.

Descripción del instrumento: se expone el objetivo de la encuesta y se hace referencia a la participación voluntaria. La primera parte consta de cuatro ítems sobre información sociodemográfica que permite caracterizar la población y la segunda parte está conformada por 28 ítems que evalúan cinco dimensiones cada una con un determinado número de reactivos: concreción, ocho ítems; rapport, cinco; empatía, siete; respeto, seis; y satisfacción dos ítems. Las opciones de respuesta se plantean de acuerdo a la escala tipo Likert de la siguiente forma:

S = siempre, CS = casi siempre, AV = algunas veces, CN = casi nunca, N = nunca.

Población a la que va dirigida: Pacientes hospitalizados mayores de 18 años, con un periodo de hospitalización igual o mayor a tres días que acepten participar voluntariamente.

Se excluyen menores de 18 años de edad y mayores de 75, personas con enfermedades psiquiátricas o neurodegenerativas, con limitaciones cognitivas, auditivas o fonológicas.

Modo de aplicación: la encuesta puede ser autoaplicada o con ayuda del encuestador, según el grado de escolaridad, condiciones de salud y preferencias del paciente.

Duración: autoaplicada: de 5 a 7 minutos

Con ayuda del encuestador: de 7 a 10 minutos.

Modo de calificación: se asignan los siguientes valores: Siempre = 5, casi siempre = 4, algunas veces = 3, casi nunca = 2 y nunca = 1. Se establece una escala de 0 a 5 puntos, en el que 5 es el máximo puntaje; se conforman las siguientes categorías Muy bueno (MB), Bueno (B), Regular (R) y Malo (M); a saber:

| Categoría | Puntaje académico | Nivel general | Concreción | Rapport | Empatía | Respeto | Satisfacción |
|-----------|-------------------|---------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| MB | 4,50 a 5,0 | 140,00 - 126 | 40,00 - 36 | 25 - 23,50 | 35,0 - 31,5 | 30,0 - 27,50 | 10,0 - 9,0 |
| B | 4,49 a 4,0 | 125,99 - 112 | 35,99 - 32 | 22,49 - 20,0 | 31,49 - 28,0 | 27,49 - 24,0 | 8,99 - 8,0 |
| R | 3,39 a 3,0 | 111, 99 - 84 | 31,99 - 24 | 19,99 - 15,0 | 27,99 - 21,0 | 23,99 - 18,0 | 7,99 - 6,0 |
| M | 2,99 a 0,0 | 83,99 - 0 | 23,99 - 0 | 14,99 - 0 | 20,99 - 0 | 17,99 - 0 | 5,99 - 0 |

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En lo que respecta a la investigación social⁴⁹, las investigaciones en ciencias del comportamiento o de la salud, generan un conflicto profundo frente a la necesidad de proporcionar conocimiento y bienestar a la humanidad, sin perjudicar en algún grado las personas o comunidades que se convierten en objetos de estudio. Por tal razón, existen reglamentos o normas con respecto a los conceptos éticos que se deben tener en cuenta para desarrollar investigaciones con la comunidad.

Considerando lo anterior, el presente estudio es realizado con base en las consideraciones éticas establecidas por el Ministerio de Salud en la resolución número 8430 del 4 de Octubre 1993, por la cual se disponen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud:

Las directivas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva, y la clínica Federico Lleras Acosta, E.S.E Policarpa Salavarrieta, conocieron el proyecto y las condiciones bajo las cuales se realizó la investigación y la prueba piloto respectivamente (ver anexo G y H).

Las investigadoras contaron con la autorización del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva, para el ingreso del material necesario; el acceso y participación de los pacientes; y la aplicación de los instrumentos para la recolección de información.

Las investigadoras se comprometieron a usar la información proporcionada por este estudio sólo para fines académicos y científicos.

Las investigadoras de este estudio, no cobraron ningún tipo de honorarios o de gastos a los sujetos examinados, ni a la institución hospitalaria.

Las investigadoras se comprometieron a informar a las directivas de la institución sobre los resultados obtenidos en el estudio y sus respectivas recomendaciones.

Las personas que participaron en el estudio, lo hicieron de manera voluntaria, con el debido consentimiento, capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Los participantes tenían la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.

⁴⁹ CANALES, Francisco. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de la salud. México: Uthea Noriega editores, 2000

Las investigadoras se comprometieron a proteger la privacidad de la persona, brindando la seguridad de no identificarlo y mantener la confidencialidad de la información suministrada.

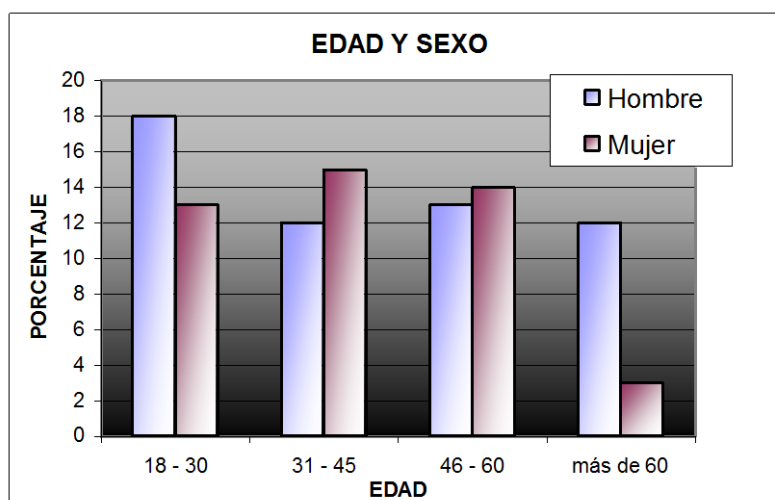
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

8.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Tabla 1. Edad y sexo

| Edad | Sexo | | Total % |
|-----------|-----------|----------|---------|
| | Masculino | Femenino | |
| 18 - 30 | 18 | 13 | 31 |
| 31 - 45 | 12 | 15 | 27 |
| 46 - 60 | 13 | 14 | 27 |
| Más de 60 | 12 | 3 | 15 |
| Total % | 55 | 45 | 100 |

Figura 1. Edad y sexo



El 55% de los usuarios hospitalizados que participaron en el estudio, pertenecen al sexo masculino, mientras el 45% restante pertenecen al sexo femenino. El 31% de los pacientes se encontraban entre los 18 y 30 años de edad (18 hombres y 13 mujeres); existe una paridad del 27% entre los pacientes que se encuentran de los 31 a 45 años (12 hombres y 15 mujeres) y los de 46 a 60 años (13 hombres y 14 mujeres). Finalmente el 15% de la muestra eran mayores de 60 años (12 hombres y 3 mujeres)

Tabla 2. Nivel educativo y estrato socioeconómico

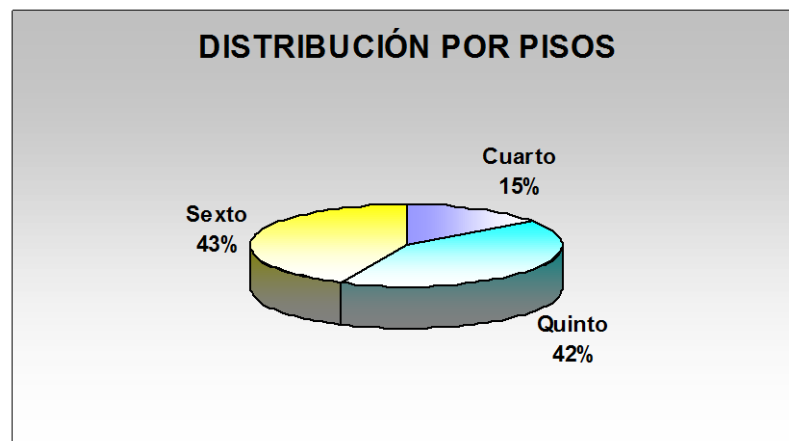
| Nivel educativo | Estrato | | | Total % |
|-------------------------|-----------|-----------|----------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | |
| Ninguna | 10 | 3 | | 13 |
| Primaria incompleta | 24 | 20 | 1 | 45 |
| Primaria completa | 10 | 5 | 1 | 16 |
| Bachillerato incompleto | 5 | 10 | 1 | 16 |
| Bachillerato completo | | 1 | 2 | 3 |
| Universitario | | 6 | 1 | 7 |
| Total % | 49 | 45 | 6 | 100 |

El 45% de los pacientes hospitalizados que participaron en el estudio, no finalizaron los estudios de básica primaria, 24 pertenecen al estrato uno y 20 pertenecen al estrato dos. Solo un 7% de los usuarios realizaron estudios universitarios, seis del estrato dos y uno del estrato tres. Por otro lado el 49% de los encuestados pertenecen al estrato socioeconómico uno, el 45% al 2 y el 6% pertenece al estrato socioeconómico tres.

Tabla 3. Usuarios que participaron en el estudio, distribuidos por el piso en el que se encontraban hospitalizados.

| Piso | Porcentaje |
|--------------|------------|
| Cuarto | 15 |
| Quinto | 42 |
| Sexto | 43 |
| Total | 100 |

Figura 2. Distribución de usuarios por piso de hospitalización.



El 43% de los usuarios que participaron en el estudio pertenecían al sexto piso, el 42% de las personas se encontraban hospitalizadas en el quinto piso y un 15% de los pacientes se encontraban internadas en el cuarto piso.

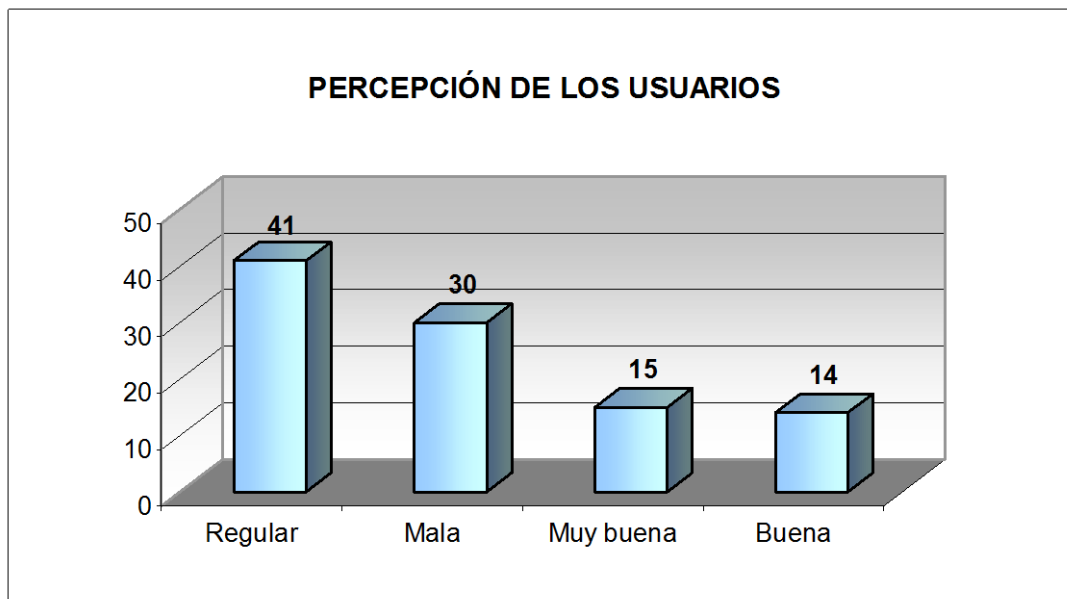
La baja representatividad de encuestados en el cuarto piso, se debe a que en esta área el promedio de estancia hospitalaria es menor a tres días, siendo criterio de inclusión un tiempo de hospitalización igual o mayor a este. Fue posible la realización de un número elevado de encuestas en el quinto y sexto piso debido al constante relevo de pacientes y a su prolongado tiempo de hospitalización que era igual o mayor a tres días.

8.2 ANÁLISIS DE CATEGORÍAS

Tabla 4. Nivel general de calidad en la relación médico – paciente, desde la perspectiva de los usuarios.

| Nivel | Porcentaje |
|-----------|------------|
| Mala | 30 |
| Regular | 41 |
| Buena | 14 |
| muy buena | 15 |
| Total | 100 |

Figura 3. Calidad de la relación médico paciente.



De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede decir que la relación médico paciente es regular, representado en un 41% de la muestra, un 30% de los usuarios piensan que la Relación médico – paciente es mala; por el contrario solo un 15% cree que esta relación es muy buena y un 14% cree que es buena.

De lo anterior se deduce que la relación médico-paciente se condiciona al acercamiento del profesional para obtener del paciente los datos que le conduzcan a un diagnóstico; signos y síntomas que le permitan clasificar la enfermedad. El usuario siente que se le da poca importancia a su historia de vida y lo que puede comunicar sobre la situación que experimenta; se pasan por alto aspectos fundamentales de interacción, como el contacto físico, el contacto directo cara a

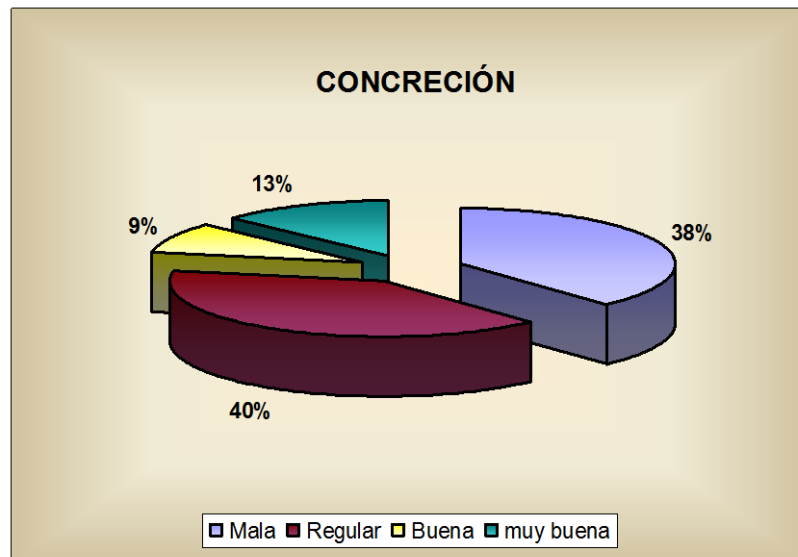
cara, el ponerse en el lugar del que se escucha, el conocimiento del significado que le otorga a la enfermedad la persona que esta siendo atendida y las ansiedades originadas por el desconocimiento de la misma, lo cual ocasiona un trato impersonal hacia el paciente.

Los valores analizados anteriormente, corresponden al puntaje total de la encuesta que mide la calidad de la relación medico – paciente desde la perspectiva del usuario; está conformada por cinco dimensiones que son: concreción, rapport, empatía, respeto y satisfacción, que corresponden según las autoras, a las habilidades básicas que debe tener el médico al dirigirse a su paciente. Por tal razón se analizan de forma individual para observar como se comporta cada una con respecto al valor general obtenido por los usuarios

Tabla 5. Nivel de concreción en la relación médico – paciente.

| Nivel | Porcentaje |
|-----------|------------|
| Mala | 38 |
| Regular | 40 |
| Buena | 9 |
| muy buena | 13 |
| Total | 100 |

Figura 4. Concreción en la relación médico – paciente.



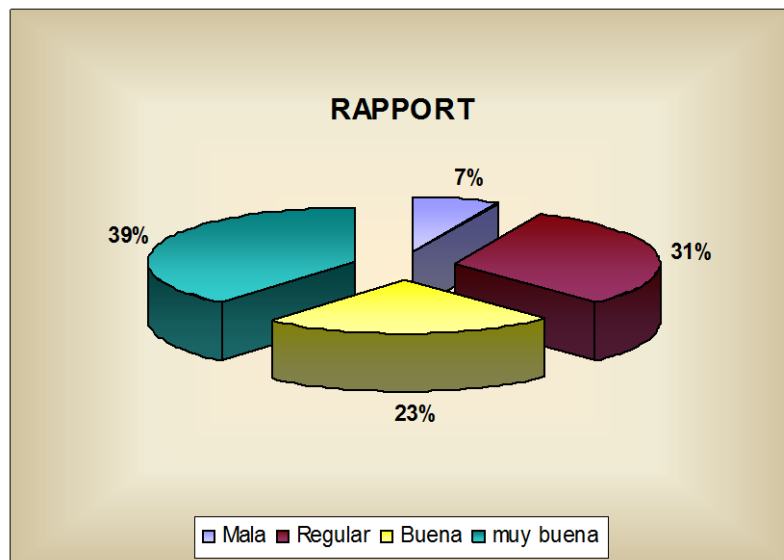
El 40% de los participantes en el estudio, consideran que el nivel de concreción en la relación médico paciente es regular y el 38% la considera mala; mientras que el 13% cree que es muy buena y el 9% la dice que es buena.

Esto revela, que el lenguaje utilizado por el personal médico al dirigirse hacia el paciente se encuentra cargado de tecnicismos, lo cual impide la adecuada comprensión del usuario sobre la enfermedad por la cual se encuentra hospitalizado, su pronóstico, el tratamiento al que debe someterse y los resultados de los exámenes practicados en la institución hospitalaria; esto genera una interrupción en el flujo de la comunicación y un mayor índice de desinformación en los usuarios hospitalizados.

Tabla 6. Nivel de rapport en la relación médico – paciente.

| Nivel | Porcentaje |
|-----------|------------|
| Mala | 7 |
| Regular | 31 |
| Buena | 23 |
| muy buena | 39 |
| Total | 100 |

Figura 5. Rapport en la relación médico – paciente.



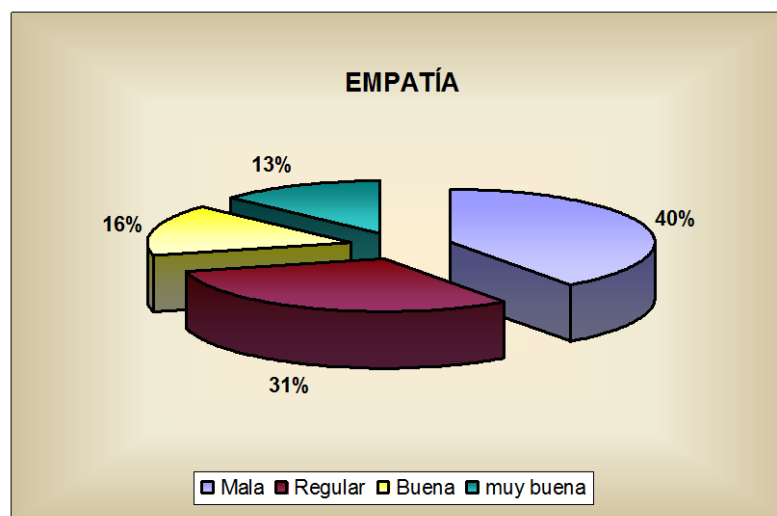
Con respecto al establecimiento del rapport en la relación médico paciente, el 39% de los usuarios pertenecientes a la muestra la consideran muy buena y un 31% la considera regular; por otro lado el 23% la considera buena y el 7% dice que es mala.

El paciente, percibe que el personal médico demuestra preocupación por conocer su estado de salud, expresa agrado ante los avances del tratamiento, y mediante las manifestaciones de cordialidad se crea un clima de confianza que permiten al paciente ver al médico como una persona que lo puede ayudar, por lo cual, el usuario manifiesta seguridad frente a las actuaciones del médico.

Tabla 7. Nivel de empatía en la relación médico – paciente.

| Nivel | Porcentaje |
|-----------|------------|
| Mala | 40 |
| Regular | 31 |
| Buena | 16 |
| muy buena | 13 |
| Total | 100 |

Figura 6. Empatía en la relación médico paciente.



El 40% de los pacientes hospitalizados refieren que el nivel de empatía establecido en la relación médico paciente es malo, el 31% la considera regular, por otro lado el 16% de la muestra considera que la empatía es buena y el 13% dice que es muy buena.

Se concluye, que el paciente percibe de su médico poco interés por conocer su estado de ánimo, como se ha sentido en la institución hospitalaria y comprender como afecta la hospitalización su estilo de vida, lo que para él significan estos cambios y las actitudes que asume frente a ellos. Lo anterior demuestra un interés del personal médico de objetivar la situación del paciente hospitalizado, dejando de lado los aspectos de su vida personal que le generan preocupación durante la estancia hospitalaria, con el fin de dirigir su intervención al diagnóstico y tratamiento de un órgano biológicamente disfuncional.

Tabla 8. Nivel de respeto en la relación médico – paciente.

| Nivel | Porcentaje |
|-----------|------------|
| Mala | 29 |
| Regular | 34 |
| Buena | 15 |
| muy buena | 22 |
| Total | 100 |

Figura 7. Respeto en la relación médico paciente.



El 34% de la muestra, siente que el nivel de respeto establecido en la relación médico – paciente, es regular, el 29% la considera mala, en tanto que el 22% refiere que es muy buena y un 15% cree que es buena.

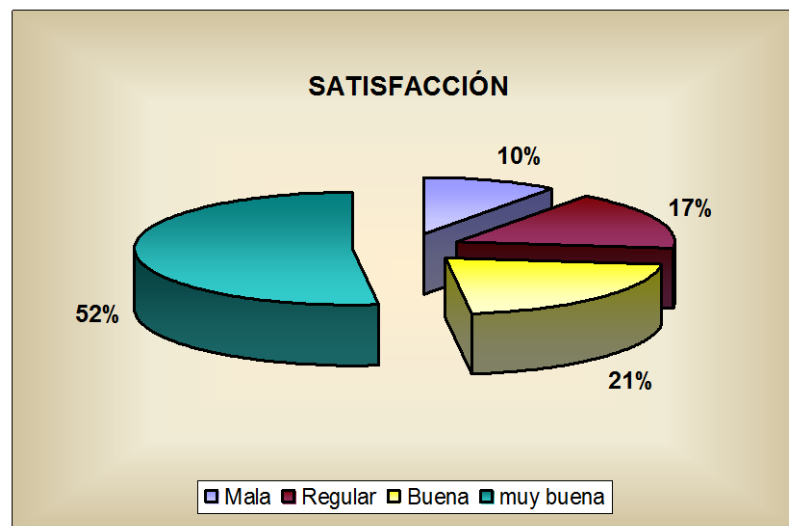
Se deduce que la mayoría del personal médico presenta dificultad en habilidades sociales básicas como saludar y despedirse, una marcada tendencia a

despersonalizar al paciente, despojándolo de su autonomía en la intervención médica, al no tener en cuenta su opinión y observaciones que realiza acerca de su tratamiento, ni se da la importancia necesaria a las sensaciones de malestar que el usuario manifiesta durante el periodo hospitalario. Esto puede explicarse por la tendencia de los médicos a conocer a sus pacientes por la patología y no como personas individuales con características y comportamientos propios dependientes de su estilo de vida y las condiciones de su enfermedad.

Tabla 9. Nivel de satisfacción en la relación médico – paciente.

| Nivel | Porcentaje |
|-----------|------------|
| Mala | 10 |
| Regular | 17 |
| Buena | 21 |
| muy buena | 52 |
| Total | 100 |

Figura 8. Satisfacción en la relación médico paciente.

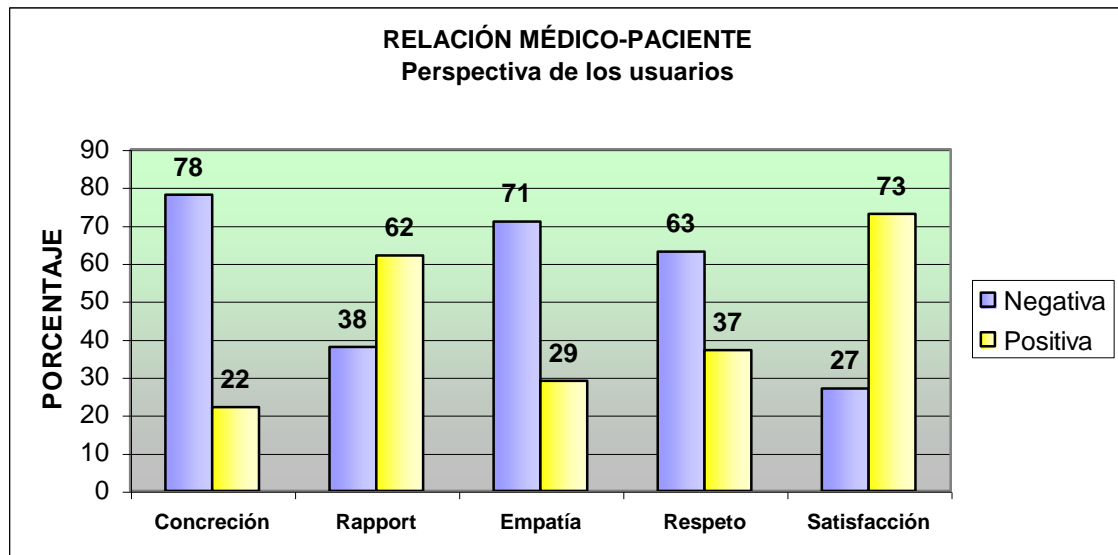


Desde la perspectiva de los usuarios, el 52% de la muestra considera que la atención médica es muy buena, y el 21% cree que es buena; mientras que el 17% de los pacientes la considera regular, y el 10% dice que es mala.

Por consiguiente, los pacientes se sienten satisfechos con la atención médica recibida, esto explicado por el sentimiento de gratitud que expresan ante el interés del médico por lograr su recuperación y los avances del tratamiento durante su estancia hospitalaria.

A continuación, se comparan las cinco dimensiones y se establecen dos tendencias: positiva (muy bueno y bueno) y negativa (regular y malo) de acuerdo con la puntuación obtenida en cada categoría.

Figura 9. Comparación de las cinco categorías en la relación médico – paciente.



Como se observa en la figura 9, los pacientes valoran las dimensiones concreción, empatía y respeto como regular y mala, pero manifiestan sentirse satisfechos con la atención recibida por el médico que los atiende, y consideran que se configura un clima de confianza y cordialidad en la relación establecida con el especialista.

De lo anterior se obtiene, que a pesar de las inconsistencias en la calidad de la relación médico – paciente, observadas en el lenguaje técnico empleado, el poco interés del médico por conocer las condiciones externas que afectan la hospitalización del paciente, como el cambio abrupto en el estilo de vida; la falta de habilidades sociales del personal sanitario y la tendencia a despersonalizar al paciente; éste se siente satisfecho con la atención médica recibida durante su estancia hospitalaria y considera que su bienestar físico es importante para el médico que lo trata.

A su vez, el profesional de la medicina asume que debe dedicarse solo al tratamiento de una patología y no a la comprensión de la persona enferma, por lo cual sus actitudes de despersonalización hacia el paciente son permitidas en pro del reestablecimiento de la salud. De esta manera el hecho de sentir que el médico dirige sus acciones al mejoramiento de la salud, independientemente de las cualidades y habilidades que como persona posea, permite que los pacientes depositen toda su confianza en ellos y estimen que la calidad de la atención satisface sus necesidades como enfermo.

8.3 CRUCE DE CATEGORÍAS

Con base en la diferencia observada entre el nivel de satisfacción y las demás dimensiones evaluadas, se considera necesario cruzar las categorías concreción, rapport, empatía y respeto con el puntaje obtenido en satisfacción.

Tabla 10. Concreción vs. satisfacción en la relación médico paciente.

| Nivel de concreción | Nivel de satisfacción % | | | |
|---------------------|-------------------------|---------|-------|-----------|
| | Mala | Regular | Buena | Muy buena |
| Mala | 90 | 47,1 | 33,3 | 26,9 |
| Regular | 10 | 52,9 | 52,4 | 36,5 |
| Buena | | | 14,3 | 11,5 |
| Muy buena | | | | 25 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

En al presente tabla se observa que el 90% de los pacientes que consideran que la atención del medico es mala, valoran el nivel de concreción igualmente malo, sin embargo tan solo un 25% de la población que evalúa su satisfacción con la atención médica como muy buena, perciben el nivel de concreción de la misma forma, siendo la mayor puntuación en esta categoría aquella que valora la concreción de modo regular con un 36.5%.

Esto indica, que existen falencias en la manera de expresarse del médico con su paciente, pero aun así, este último se siente satisfecho con la atención brindada durante su periodo hospitalario. De ello se deduce que la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención recibida y la calidad de la relación médico – paciente, están mediadas por los avances en la recuperación y no por el buen manejo de la información en la interacción con el especialista.

Tabla 11. Rapport vs. Satisfacción en la relación médico paciente.

| Nivel de rapport | Nivel de satisfacción % | | | |
|------------------|-------------------------|---------|-------|-----------|
| | Mala | Regular | Buena | Muy buena |
| Mala | | 41,2 | | |
| Regular | 70 | 52,9 | 38,1 | 13,5 |
| Buena | 30 | 5,9 | 42,9 | 19,2 |
| Muy buena | | | 19 | 67,3 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

Como se observa en la tabla, existe una alta relación entre el 67.3% de los usuarios que consideran que el rapport establecido en la relación médico -paciente

y la satisfacción con el servicio recibido es muy bueno. Por otro lado no existe relación alguna entre las personas hospitalizadas que consideran que el rapport es malo y la satisfacción muy buena; lo cual demuestra que existe coherencia entre el clima de confianza cordialidad y espontaneidad establecida por el médico y la satisfacción del paciente.

Tabla 12. Empatía vs. satisfacción en la relación médico paciente.

| Nivel de empatía | Nivel de satisfacción % | | | |
|------------------|-------------------------|---------|-------|-----------|
| | Mala | Regular | Buena | Muy buena |
| Mala | 100 | 88,2 | 23,8 | 19,2 |
| Regular | | 11,8 | 47,6 | 36,5 |
| Buena | | | 28,6 | 19,2 |
| Muy buena | | | | 25 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

Al comparar la satisfacción de las personas hospitalizadas con la relación empática establecida en la relación médico paciente se observa que el 36.5% de los usuarios que consideran su satisfacción muy buena, perciben que la capacidad del médico para comprenderlo teniendo en cuenta su experiencia personal, el estado de animo y lo que para el paciente significa estar hospitalizado, es regular; en tanto un 19% de los usuarios que califican la satisfacción como muy buena evaluaron la empatía como mala.

Esto demuestra que la relación empática entre médico y paciente es deficiente; sin embargo, el usuario califica su nivel de satisfacción teniendo como punto de referencia el reestablecimiento de su salud y olvida de esta forma las diversas habilidades que debe poseer el profesional que lo atiende y el tratamiento integral del que debe ser participe.

Tabla 13. Respeto vs. satisfacción en la relación médico paciente.

| Nivel de respeto | Nivel de satisfacción % | | | |
|------------------|-------------------------|---------|-------|-----------|
| | Mala | Regular | Buena | Muy buena |
| Mala | 80 | 52,9 | 4,8 | 21,2 |
| Regular | 10 | 41,2 | 57,1 | 26,9 |
| Buena | 10 | 5,9 | 38,1 | 9,6 |
| Muy buena | | | | 42,3 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

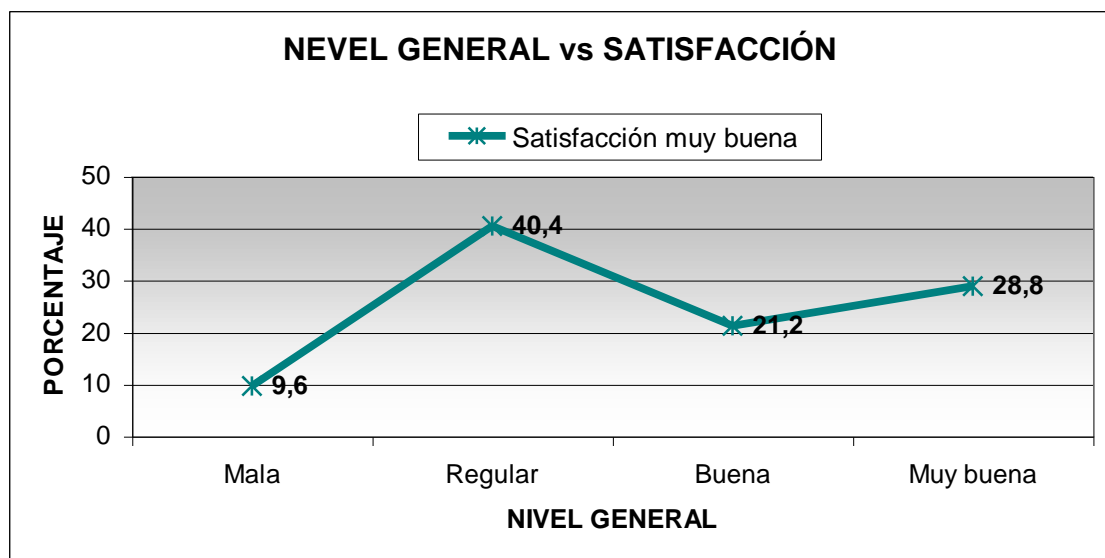
De acuerdo con los resultados obtenidos, el 42.3% de los usuarios hospitalizados coinciden en calificar la satisfacción y el respeto como muy bueno, mientras el 26.9% de las personas que se incluyen en la escala de muy bueno de la categoría satisfacción consideran que el respeto obtenido por parte de su médico es regular, y el 21.2% lo considera malo.

Esto confirma, que el paciente al evaluar su nivel de satisfacción con la calidad de la relación médico – paciente y la atención recibida durante el periodo hospitalario, deja de lado actitudes como el trato impersonal por parte del médico y la negación de su autonomía, al centrar su apreciación en el concepto que define la relación con el profesional como aquella en donde lo fundamental es lograr la recuperación de la enfermedad sin importar las necesidades de la persona enferma.

Tabla 14. Nivel general vs. satisfacción en la relación médico paciente.

| Nivel general | Nivel de satisfacción % | | | |
|---------------|-------------------------|---------|-------|-----------|
| | Mala | Regular | Buena | Muy buena |
| Mala | 100 | 76,5 | 9,5 | 9,6 |
| Regular | | 23,5 | 76,2 | 40,4 |
| Buena | | | 14,3 | 21,2 |
| Muy buena | | | | 28,8 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

Figura 10. Cruce del nivel general cuando la satisfacción en la relación médico-paciente es muy buena.



Al analizar el comportamiento de la dimensión satisfacción frente al nivel general de la relación médico – paciente, se observa que el 40.4% de los participantes que expresan que la satisfacción es muy buena, sienten que la relación establecida con el médico que los atiende es regular, mientras que el 9.6% de las personas que consideran muy bueno el nivel de satisfacción expresan que la relación con el especialista es mala.

Se observa, que a pesar de la conciencia que tienen los usuarios de las dificultades que existen en la configuración de una adecuada relación médico – paciente en el entorno hospitalario, prima sobre ellos la apreciación de una buena atención médica basada en el concepto del profesional como sanador, sin importar sus cualidades como terapeuta.

8.3 CRUCE DE VARIABLES

A continuación, se analiza el cruce de las dimensiones de la relación médico – paciente, con el sexo y la edad de los participantes en el estudio, en aras de conocer si estas variables inciden en la valoración que los usuarios realizan sobre relación establecida con el médico que los atiende.

8.4.1 Categorías vs. Sexo

Tabla 15. Concreción vs. sexo en la relación médico paciente.

| Nivel de concreción | Sexo % | |
|---------------------|-----------|----------|
| | Masculino | Femenino |
| Mala | 30,9 | 46,7 |
| Regular | 45,5 | 33,3 |
| Buena | 7,3 | 11,1 |
| Muy buena | 16,4 | 8,9 |
| Total | 100 | 100 |

Al dividir la muestra entre hombres y mujeres, y analizar por separado el puntaje obtenido en la dimensión concreción, se observa en la tabla que esta tiende a ser calificada por la mayoría de los participantes como baja puesto que el 46.7% de las mujeres y el 30.9% de los hombres la evalúan como mala y el 45.5% de los hombres y el 33.3% de las mujeres consideran que es regular.

De acuerdo con los resultados, se deduce que hay una baja relación en la forma en que hombres y mujeres valoran la concreción establecida en la relación médico-paciente, aunque existe una leve tendencia del sexo femenino a ser mas crítico en este aspecto. Esto indica, que la población femenina concede mayor

importancia a la comunicación y el flujo de información en la relación establecida con su médico.

Tabla 16. Rapport vs. sexo en la relación médico paciente.

| Nivel de rapport | Sexo % | |
|------------------|-----------|----------|
| | Masculino | Femenino |
| Mala | 3,6 | 11,1 |
| Regular | 32,7 | 28,9 |
| Buena | 18,2 | 28,9 |
| Muy buena | 45,5 | 31,1 |
| Total | 100 | 100 |

Al comparar la evaluación realizada por hombres y mujeres acerca del establecimiento del rapport en la relación médico paciente, se observa que el 45.5% de la población masculina la considera muy buena y el 32.7% regular; a su vez la población femenina cree que el rapport se establece de manera adecuada en un 31.1%, lo que equivale a muy bueno en la escala de puntuación.

Esto indica que las mujeres tienden a ser más críticas al momento de evaluar aquellas habilidades que corresponden al establecimiento del rapport por parte del médico en la relación con su paciente.

Tabla 17. Empatía vs. sexo en la relación médico paciente.

| Nivel de empatía | Sexo % | |
|------------------|-----------|----------|
| | Masculino | Femenino |
| Mala | 40 | 40 |
| Regular | 29,1 | 33,3 |
| Buena | 16,4 | 15,6 |
| Muy buena | 14,5 | 11,1 |
| Total | 100 | 100 |

Al analizar el sexo y la empatía conjuntamente, se observa que las habilidades empáticas del médico son evaluadas de forma similar tanto por los hombres como por las mujeres.

Se puede decir entonces que la variable sexo no determina la forma en que la empatía es percibida por el paciente hospitalizado.

Tabla 18. Respeto vs. sexo en la relación médico paciente.

| Nivel de respeto | Sexo % | |
|------------------|-----------|----------|
| | Masculino | Femenino |
| Mala | 21,8 | 37,8 |
| Regular | 38,2 | 28,9 |
| Buena | 10,9 | 20 |
| Muy buena | 29,1 | 13,3 |
| Total | 100 | 100 |

Al comparar la percepción que poseen hombres y mujeres, acerca del respeto que se establece en la relación médico – paciente, se observa que el 38.2% de los usuarios pertenecientes al sexo masculino, consideran que es regular y el 29.1% que es muy bueno, en tanto el 37.85 % de los usuarios pertenecientes al sexo femenino lo califican como malo y el 28.9% como regular.

De esto se concluye, que existe una mínima relación entre la percepción de hombres y mujeres sobre el respeto establecido en la relación médico-paciente; aunque la población femenina tiende a ser más exigente frente a las conductas que le permiten valorar las manifestaciones de respeto del médico hacia su paciente.

Tabla 19. Satisfacción vs. sexo en la relación médico paciente.

| Nivel de Satisfacción | Sexo % | |
|-----------------------|-----------|----------|
| | Masculino | Femenino |
| Mala | 10,9 | 8,9 |
| Regular | 12,7 | 22,2 |
| Buena | 10,9 | 33,3 |
| Muy buena | 65,5 | 35,6 |
| Total | 100 | 100 |

El 65.5% de los hombres consideran que su satisfacción con la atención brindada por el médico es muy buena al igual que el 35.6% de las mujeres, de las que el 33.3% dice que es bueno; por el contrario el 10.9% de los hombres y el 8.9% de las mujeres no están satisfechas con la atención médica recibida.

Se puede decir que la variable sexo no determina el comportamiento de la dimensión satisfacción.

Tabla 20. Nivel general vs. sexo en la relación médico paciente.

| Nivel general | Sexo % | |
|---------------|-----------|----------|
| | Masculino | Femenino |
| Mala | 27,3 | 33,3 |
| Regular | 40 | 42,2 |
| Buena | 12,7 | 15,6 |
| Muy buena | 20 | 8,9 |
| Total | 100 | 100 |

En esta tabla se evidencia que tanto hombres con un 40% como mujeres con un 42.2% consideran que la relación médico – paciente es regular, el 27.3% de los hombres y el 33.3% de las mujeres consideran que es mala; un 20% de los hombres y un 8.9% de las mujeres creen que es muy buena.

De esto se deduce que el nivel general de la relación médico paciente no está determinada por la variable sexo, aunque se observa una leve tendencia de la población femenina a exigir una mejor relación médico-paciente.

Con base en el análisis realizado de las categorías con respecto al sexo de los participantes en el estudio, se puede concluir que esta variable no determina la percepción que tiene el usuario sobre la calidad de la relación médico – paciente; sin embargo es evidente la tendencia que existe en la población femenina a expresar en mayor medida su inconformidad con la atención que el especialista les brinda durante el periodo de hospitalización.

8.4.2 Categorías vs. Edad

Tabla 21. Concreción vs. edad en la relación médico paciente.

| Nivel de concreción | Edad % | | | |
|---------------------|---------|---------|---------|-----------|
| | 18 - 30 | 31 - 45 | 46 - 60 | más de 60 |
| Mala | 25,8 | 29,6 | 44,4 | 66,7 |
| Regular | 35,5 | 51,9 | 37 | 33,3 |
| Buena | 12,9 | 7,4 | 11,1 | |
| Muy buena | 25,8 | 11,1 | 7,4 | |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

La comparación realizada entre la categoría concreción y la edad de los pacientes hospitalizados, demuestra que a medida que la edad aumenta, el nivel de concreción se hace deficiente, es decir, los usuarios de los 18 a 30 años, y los de 31 a 45 años, califican esta categoría como regular, con puntuaciones de 35.5% y

51.9% respectivamente; mientras los pacientes que se encuentran de los 46 a 60 años, y los mayores de 60, consideran el nivel de concreción en la relación médico paciente como malo, con puntajes de 44.4% y 66.7% respectivamente.

Esto puede explicarse por la necesidad que existe en las personas mayores de estar bien informados sobre su estado de salud, por esto, consideran el lenguaje técnico como un obstáculo para la comprensión de lo que sucede en su cuerpo. Sin embargo, el conformismo que existe en muchos de ellos los lleva a no preguntar cuando algún término es confuso por lo que tienden a desconocer la manera en que enferman, el tratamiento que reciben y su proceso de recuperación, justificando su comportamiento en la confianza que depositan en el profesionalismo del personal médico.

Tabla 22. Rapport vs. edad en la relación médico paciente.

| Nivel de rapport | Edad % | | | |
|------------------|---------|---------|---------|-----------|
| | 18 - 30 | 31 - 45 | 46 - 60 | más de 60 |
| Mala | 3,2 | 3,7 | 18,5 | |
| Regular | 16,1 | 37 | 25,9 | 60 |
| Buena | 32,3 | 29,6 | 11,1 | 13,3 |
| Muy buena | 48,4 | 29,6 | 44,4 | 26,7 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

En la presente tabla, se observa que los usuarios que se encuentra de los 18 a 30 años y de los 46 a 60 años, consideran que el rapport en la relación médico-paciente es muy bueno, con puntuaciones de 48.4%, y 44.4% respectivamente, en tanto, los usuarios de los 31 a 45 años y los mayores de 60, evalúan esta categoría como regular con puntajes de 37% y 60%. Esto indica que en el segundo y cuarto rango de edad, los sujetos perciben mayor dificultad en el establecimiento del clima de confianza en la relación con el especialista.

Tabla 23. Empatía vs. edad en la relación médico paciente.

| Nivel de empatía | Edad % | | | |
|------------------|---------|---------|---------|-----------|
| | 18 - 30 | 31 - 45 | 46 - 60 | más de 60 |
| Mala | 38,7 | 33,3 | 29,6 | 73,3 |
| Regular | 22,6 | 37 | 44,4 | 13,3 |
| Buena | 9,7 | 14,8 | 25,9 | 13,3 |
| Muy buena | 29 | 14,8 | | |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

Con respecto al nivel de empatía, y la edad de los usuarios, se observa que en los extremos existe la tendencia a calificar esta categoría como mala. La tabla muestra que los usuarios de los 18 a 30 años y los mayores de 60 años, valoran esta dimensión como mala con puntuaciones de 38.7% y 73.3% respectivamente. Y aquellos que se encuentran entre los 31 a 45 años y los 46 a 60 años, la evalúan como regular con puntajes de 37% y 44.4%.

Esto puede ser explicado por las crisis que presentan las personas en el primer y cuarto rango de edad establecido, por lo cual, demandan una mayor atención de quienes los atiende hacia aquellos aspectos de su vida personal que afectan su estancia hospitalaria; por tanto la neutralidad afectiva mantenida por el personal médico hacia sus pacientes hace se sientan inconformes con el trato recibido.

Tabla 24. Respeto vs. edad en la relación médico paciente.

| Nivel de respeto | Edad % | | | |
|------------------|---------|---------|---------|-----------|
| | 18 - 30 | 31 - 45 | 46 - 60 | más de 60 |
| Mala | 19,4 | 25,9 | 33,3 | 46,7 |
| Regular | 29 | 29,6 | 44,4 | 33,3 |
| Buena | 19,4 | 11,1 | 14,8 | 13,3 |
| Muy buena | 32,3 | 33,3 | 7,4 | 6,7 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

En cuanto a la relación que existe entre la edad y el respeto en la relación médico-paciente se observa que la calificación de esta categoría disminuye con la edad. De esta manera la tabla muestra que los pacientes entre los 18 a 30 y los 31 a 45 años la valoran como muy buena con puntajes de 32.3% y 33.3% respectivamente, aquellos que se encuentran de los 46 a 60 años la evalúan como regular con un puntaje de 44% y los usuarios mayores de 60 años la califican como mala con un puntaje de 46.7%.

Se deduce que esta tendencia a puntuar bajo a medida que la edad aumenta, se debe a que en estas etapas, las personas han adquirido un mayor grado de responsabilidad frente a las acciones que intervienen en el mejoramiento de su calidad de vida, por tanto, las actitudes del médico que niegan la autonomía de paciente frente al tratamiento hospitalario, provocan en el usuario sentimientos de dependencia que contrastan con los esquemas que ha adquirido en el transcurso de su vida.

Tabla 25. Satisfacción vs. edad en la relación médico paciente.

| Nivel de satisfacción | Edad % | | | |
|-----------------------|---------|---------|---------|-----------|
| | 18 - 30 | 31 - 45 | 46 - 60 | más de 60 |
| Mala | 12,9 | 11,1 | | 20 |
| Regular | 9,7 | 18,5 | 18,5 | 26,7 |
| Buena | 16,1 | 29,6 | 29,6 | |
| Muy buena | 31,3 | 40,7 | 51,9 | 53,3 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

Respecto a la comparación que se realiza entre la edad de los usuarios hospitalizados y las puntuaciones de la categoría satisfacción, se encuentra que la edad no determina la valoración de los usuarios de la calidad de la atención médica, es decir, independientemente de los rangos de edad definidos, las mayores puntuaciones del nivel de satisfacción se ubican en la escala de muy bueno.

Esto reafirma el concepto trabajado, en el cual se concluye que la valoración de la satisfacción del paciente con la relación médico – paciente y la atención recibida, se encamina hacia su recuperación y no hacia el trato que recibe del especialista.

Tabla 26. Nivel general vs. edad en la relación médico paciente.

| Nivel general | Edad % | | | |
|---------------|---------|---------|---------|-----------|
| | 18 - 30 | 31 - 45 | 46 - 60 | más de 60 |
| Mala | 25,8 | 33,3 | 22,2 | 46,7 |
| Regular | 35,5 | 29,6 | 59,3 | 40 |
| Buena | 6,5 | 25,9 | 11,1 | 13,3 |
| Muy buena | 32,3 | 11,1 | 7,4 | |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

Al comparar el nivel general de la relación médico-paciente y la edad de los pacientes hospitalizados, se observa en la tabla que los usuarios de los 18 a 30 años y los de 45 a 60 años valoran la relación con su médico como regular con puntajes de 35.5% y 59.3% respectivamente, mientras que las personas que se encuentran de los 31 a 45 años y los mayores de 60 evalúan la relación médico-paciente como mala, con puntajes de 33.3% y 46.7%.

Aunque se observa una leve diferencia entre los puntajes de la escala regular y mala del nivel general con respecto a la edad, puede decirse que no existe mayor relación entre estas dimensiones, pues los porcentajes altos de cada rango de edad se concentran en estas calificaciones.

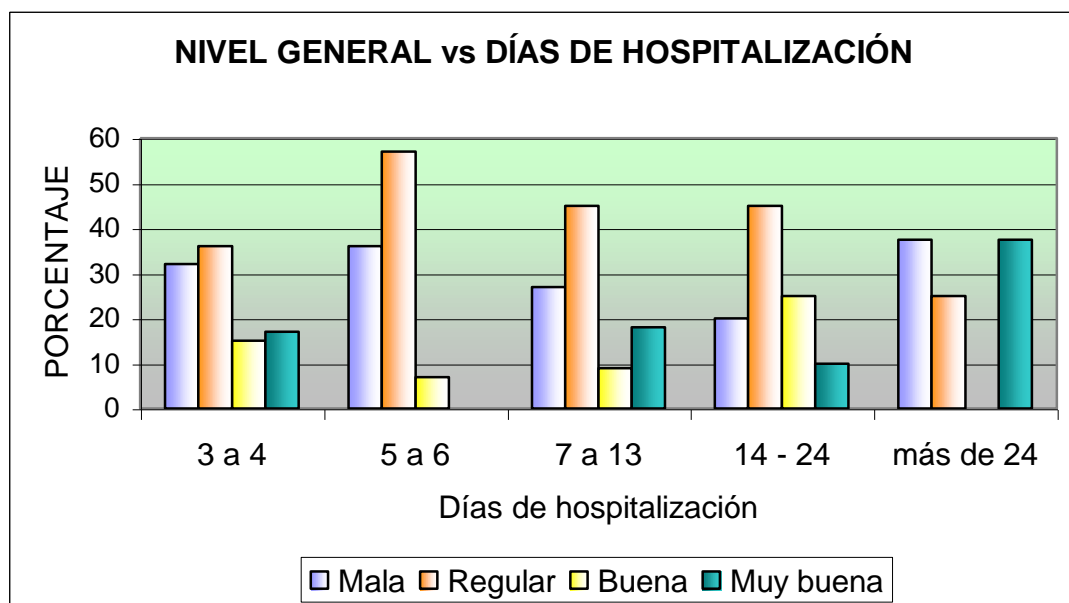
Por lo tanto, se puede argumentar que la edad no define de manera directa la percepción que poseen los usuarios de la relación establecida entre médico y paciente en el ámbito hospitalario

8.4.3 Nivel general en la relación médico paciente vs. días de hospitalización.

Tabla 27. Nivel general en la relación médico paciente vs. días de hospitalización.

| Nivel general | Días de hospitalización % | | | | | Total |
|---------------|---------------------------|-------|--------|---------|-----------|-------|
| | 3 - 4 | 5 - 6 | 7 - 13 | 14 - 24 | más de 24 | |
| Mala | 15 | 5 | 3 | 4 | 3 | 30 |
| Regular | 17 | 8 | 5 | 9 | 2 | 41 |
| Buena | 7 | 1 | 1 | 5 | | 14 |
| Muy buena | 8 | | 2 | 2 | 3 | 15 |
| total | 47 | 14 | 11 | 20 | 8 | 100 |

Figura 11. Días de hospitalización vs. nivel general en la relación médico paciente.



En la presente tabla se observa que a medida que la permanencia en el hospital aumenta, los usuarios consideran que la relación médico – paciente es regular. Se ha de aclarar, que cuando los días de hospitalización se acercan al mes, la calificación de la relación tiende a puntuar hacia los extremos con una equivalencia del 3% en la escala de muy bueno y malo.

Se concluye que las percepciones varían debido a la adaptación que cada paciente tenga al entorno hospitalario, jugando un papel importante su personalidad, mecanismos de defensa, experiencias pasadas y las estrategias de afrontamiento elaboradas en el transcurso de su vida.

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación muestran que la persona hospitalizada valora la calidad de la atención médica de acuerdo a su proceso de recuperación física, mejoramiento del estado de salud y tratamiento farmacológico, sin tener presente las habilidades que el especialista ha desarrollado como terapeuta en la configuración de la relación con su paciente; es decir, al evaluar la calidad de la relación médico – paciente y atención recibida por el especialista, el usuario pasa por alto características básicas del buen servicio como la coherencia que debe existir entre las acciones, destrezas y conocimientos del especialista; la facilidad que presente para interactuar con su paciente; las actitudes de cortesía, amabilidad y respeto en la relación; la consideración especial por las condiciones de la enfermedad del usuario; el establecimiento de una comunicación donde el manejo circular de la información permite que la persona sienta que sus inquietudes son escuchadas, y se responden de manera clara y en un lenguaje sencillo; la construcción de un clima de confianza y honestidad en el encuentro; y la orientación de las acciones del profesional hacia el reestablecimiento de la salud, mediante la adaptación de sus servicios a las necesidades y los intereses del paciente.

De esta manera, se observa que el ideal de relación médico – paciente orientado a la atención integral del profesional de las condiciones biológicas, psicológicas y sociales del paciente, contrasta con el concepto manejado por el usuario de la intervención médica. Por tal razón, a pesar de las quejas recibidas por el trato impersonal y la falta de información a la que son sometidos durante el periodo hospitalario, se muestran satisfechos con los resultados del tratamiento médico y confían plenamente en las actuaciones de éste, pues la finalidad última de la interacción con el especialista es recuperar su salud.

Por otro lado, en el ámbito hospitalario se hace más evidente la situación de asimetría (superior/inferior), y la distribución desigual del poder entre el usuario y el especialista. Esto se demuestra en la conformidad de los pacientes ante el manejo unidireccional de la información de su historia clínica, los procedimientos médicos, el resultado de los exámenes y el pronóstico de su enfermedad; al justificar este comportamiento con la seguridad que posee sobre la capacidad técnica del profesional.

En esta relación paternalista, el médico utiliza sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y los procedimientos a seguir durante el tratamiento hospitalario, selecciona la información que ha de ofrecerle, anteponiendo la salud y bienestar del paciente a su capacidad de elección y autonomía.

En Colombia Arango y Prieto, en el año 2002, corroboran estos resultados al revelar en su investigación que la participación sostenida por el médico y el usuario durante el encuentro terapéutico es de tipo asimétrico, al ser el médico quien dirige la consulta hacia aquellos aspectos que él considera importantes olvidando las necesidades y expectativas del paciente, pese a ello, los usuarios se muestran altamente satisfechos con la atención que reciben de su médico, demostrando la conformidad que existe en los pacientes frente al trato impersonal del médico.

Por tal razón, al asumir este modelo de interacción, el paciente hospitalizado actúa como agente pasivo en su proceso de recuperación, descargando toda la responsabilidad del tratamiento en el médico que lo atiende, quien se supone, posee el conocimiento necesario para reestablecer su salud. Es así, como la única función del usuario en la institución hospitalaria se encamina a la espera paciente de los resultados de aquellos exámenes que confirmarán el diagnóstico realizado por el especialista y la plena colaboración en el tratamiento farmacológico determinado por éste para el mejoramiento de su salud.

Al analizar los resultados del estudio, se observa que los usuarios se sienten inconformes con este tipo de relación y demandan del especialista una mayor atención hacia aquellos aspectos no biológicos que afectan su estancia hospitalaria; entre ellos, un trato más personal donde se tengan presentes sus necesidades como persona, las expectativas del tratamiento y las condiciones propias de su patología; al igual que una mayor y mejor información acerca del origen, curso, evolución y pronóstico de la enfermedad por la que se encuentran hospitalizados, el tratamiento al que serán sometidos y los riesgos o consecuencias en caso de que no se obtengan los resultados esperados; por ello, a pesar de referir sentirse satisfechos con la atención médica recibida, consideran que la relación médico paciente es regular.

Por tanto, la falta de conciencia de los usuarios hacia la concepción de la calidad de la atención médica como aquella que involucra no solo los aspectos de la recuperación biológica, sino también las habilidades terapéuticas del especialista para tratar al paciente, ponerse en su lugar y entender desde su perspectiva como afecta la hospitalización su estilo de vida y como se siente frente a los cambios que experimenta; generan inconsistencias en la valoración de los aspectos que intervienen en la interacción médico – paciente.

Los hallazgos de la investigación realizada por Teresita Ramírez y sus colaboradores en México en el año 1997, demuestran que los principales motivos que definen la calidad del servicio médico desde la perspectiva de los usuarios son, el trato personal y la mejoría en el estado de salud, ya que para estos pacientes, la calidad está representada por las características del proceso de atención, el resultado de la intervención, la estructura de la relación y la accesibilidad de los servicios. Esto difiere de los esquemas establecidos por los

pacientes del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva, quienes limitan la calidad del servicio tan solo a su recuperación biológica.

A su vez, se observa que estas peculiaridades en la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica, se debe también al desconocimiento de los derechos que posee como enfermo dentro de la institución hospitalaria.

De esta forma, los numerales dos, tres y cinco de la resolución 13437 del primero de Noviembre de 1991 del Ministerio de Salud, especifican los derechos del paciente enfermo, en cuanto a la clara y plena comunicación con el médico, el trato digno, el respeto de sus opiniones y costumbres, y la prestación de la mejor atención médica disponible. Ello demuestra que los reclamos de los pacientes tienen un fundamento sólido sobre el cual se puede propender el bienestar biológico, psicológico y social del usuario durante su estancia hospitalaria.

El desconocimiento y la falta de un concepto claro y definido de la calidad de la relación médico – paciente en el ámbito hospitalario, genera inconformidad en el usuario con el trato recibido por el especialista y la aceptación de los esquemas de interacción desarrollados en la institución durante el periodo de hospitalización. Lo importante es, aclarar que la función del médico se encamina al mejoramiento del estado de salud del paciente al incluir en sus prioridades las necesidades y expectativas del usuario, en cuanto a su proceso de recuperación y la difusión de los derechos con que cuenta, dentro de la institución hospitalaria. De esta forma, se hace participe a la persona hospitalizada de las decisiones y los avances de su tratamiento al involucrarlo en el proceso de recuperación y brindarle la oportunidad de que se sienta incluido en el equipo de trabajo.

10. CONCLUSIONES

La perspectiva que tienen los usuarios del servicio de hospitalización del Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva, sobre la calidad de la relación médico paciente, es regular (representado con el 41% de la muestra), y mala, (representado con el 30% de la muestra), lo que indica la dificultad en el establecimiento de una adecuada interacción entre el médico y su paciente; esta relación estuvo mediada por problemas de comunicación en la entrevista médica y por sentimientos negativos de sus miembros.

La percepción de los pacientes sobre la concreción establecida por el personal médico en la relación médico – paciente, durante la estancia hospitalaria es regular, (representada con el 40% de la muestra) y mala, (representada con el 38% de la muestra); esto demuestra la dificultad del profesional de la medicina de adaptarse al nivel comunicacional del paciente.

Los usuarios del servicio de hospitalización, valoran el rapport establecido en la relación medico – paciente como muy bueno, (representado con el 39% de la muestra), y bueno (representado con el 23% de la muestra); esto indica que el paciente percibe del médico manifestaciones de cordialidad que genera un clima de confianza y espontaneidad, y hace que el usuario, vea al médico como una persona que lo puede ayudar y es digna de confianza.

Los pacientes perciben las manifestaciones de respeto por parte del médico en la relación médico – paciente como regular, (representado con el 34% de la muestra) y mala, (representado con el 29% de la muestra); se evidencia la dificultad del médico de mantener una actitud abierta hacia posturas y opiniones que difieren de la propia y considerar la individualidad del paciente, lo que limita la libre expresión del usuario dentro el espacio terapéutico.

Los usuarios, evalúan la relación empática que se establece durante el encuentro médico – paciente, como mala (representado con el 40% de la muestra), y regular, (representado con el 31% de la muestra); los resultados revelan la limitación del médico de comprender al paciente y su situación, al no tener presente sus vivencias y experiencia personal con la patología y tratamiento.

A pesar de los bajos puntajes obtenidos en las diversas dimensiones que miden la calidad de la relación médico – paciente, los usuarios hospitalizados expresan estar satisfechos con la atención brindada por el personal médico, al ubicarse en la escala de muy bueno, (representado con el 52% de la muestra) y bueno, (representado con el 21% de la muestra). Con base en los ítems que miden esta categoría, se concluye que los pacientes valoran la satisfacción como la capacidad

técnica del médico para lograr el reestablecimiento de la salud; de esta forma, dejan en un segundo plano habilidades sociales que permiten relacionarse con el otro, como crear nuevos vínculos, reforzar los existentes; manifestar necesidades y resolver conflictos, que se refleja en expresar opiniones, defender los derechos, enfrentar críticas y hostilidad, pedir lo que se desea, poder decir que no, pedir que el otro cambie su conducta, entre otros.

Las principales falencias del médico en la relación con su paciente reveladas por la presente investigación, se evidencian en la dificultad para adaptar el lenguaje a las condiciones del usuario, considerar su individualidad y autonomía frente al conocimiento de la situación clínica, pronóstico y resultado de los análisis practicados; a su vez, en el interés por comprender cómo afecta la hospitalización el estilo de vida del paciente y las actitudes que asume frente a esta, preocupación por el bienestar emocional, conocimiento de su estado de ánimo, aspectos de su vida personal y sentimientos que surgen durante la estancia hospitalaria; finalmente se evidencian limitaciones al pasar por alto la opinión del paciente al realizar los procedimientos médicos, responder amablemente a las preguntas formuladas, dar la importancia necesaria al dolor físico expresado por el usuario y despedirse al terminar la revisión médica.

Con los resultados obtenidos en la presente investigación, se contribuye a fortalecer la visión de la empresa social del estado Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en su búsqueda permanente del mejoramiento en la calidad de atención y servicio, bajo parámetros de oportunidad, eficiencia, eficacia, al cumplir con las necesidades y expectativas de sus clientes.

11. RECOMENDACIONES

Para generar un cambio de actitud en el personal médico, es imperioso que estos sientan la necesidad de modificar su conducta, para ello es importante resaltar el papel del paciente como agente activo, lo que disminuiría la asimetría existente entre el rol del médico y del paciente.

Es preciso sensibilizar al personal médico, sobre las necesidades que tienen los pacientes, las cuales van más allá del diagnóstico de una patología, dolencia física o motivo por el cual fueron hospitalizados.

Se debe tener presente que la hospitalización es un acontecimiento traumático que altera el estilo de vida del paciente al ser aislado de su entorno familiar y social; este evento genera estrés, ansiedad y depresión, entre otras alteraciones psicológicas.

Es necesario que el especialista, comprenda que el éxito del tratamiento no solo depende de su habilidad técnica en el ejercicio de la medicina, sino también de su capacidad para entender aquello que el paciente expresa de forma verbal o no verbal, y a su vez de transmitir sentimientos y emociones; de esta manera la persona hospitalizada se adaptará mejor al entorno hospitalario y responderá satisfactoriamente al tratamiento médico.

Es indispensable, que sea la institución prestadora del servicio, quien defina las políticas para brindar un servicio de calidad en el que se refuerce la relación médico – paciente, sin olvidar que el médico hace parte de la organización. Para lograrlo, es necesario que la institución establezca alternativas de atención que sobrepasen las expectativas del usuario; dentro de este servicio de calidad, se debe establecer una adecuada concreción, rapport, empatía y respeto, con lineamientos y directrices establecidas por la organización cuyo objetivo de servicio es el cliente, es decir, quien demanda los servicios de la entidad hospitalaria.

Es necesario que el médico conozca las reglas y principios básicos que rigen la comunicación interpersonal, sobre todo si se tiene en cuenta que los comportamientos humanos son potencialmente comunicativos y por lo tanto capaces de ser analizados y utilizados para comprender y ayudar al paciente hospitalizado.

Es importante redefinir los conceptos de buen y mal paciente que posee el equipo de salud. El paciente ideal será aquella persona que indaga, que siente la confianza suficiente para expresar sus dolencias y desea estar informado sobre el

tratamiento médico al cual está expuesto. Sin olvidar que el paciente afrontará la hospitalización de acuerdo a su experiencia pasada, estilo de vida y necesidades físicas, psicológicas, sociales y materiales.

Para obtener mejores resultados en la percepción que tienen los usuarios en el servicio de hospitalización sobre la relación médico – paciente, es evidente la necesidad de entrenar al personal médico en habilidades sociales⁵⁰ que son conductas aprendidas para relacionarse socialmente, dependen de la cultura y la situación, permiten satisfacer necesidades propias respetando los derechos de los otros, minimizan la posibilidad de futuros problemas, son activas (operan cambios sobre la realidad y las personas) y funcionales (intentan lograr un objetivo, si no lo logran se modifican para adaptarse al contexto). Cabe anotar que hay personas más hábiles en algunas conductas, y otras menos hábiles, pero pueden mejorarse por aprendizaje y práctica. Las habilidades sociales sirven para vincularse con el otro, es decir, crear nuevos vínculos y reforzar los existentes; manifestar necesidades y resolver conflictos, que se reflejan al expresar opiniones, enfrentar críticas y hostilidad, defender los derechos, pedir que el otro cambie su conducta y pedir lo que se desea.

Las habilidades sociales se mejoran cuando se aprenden nuevas conductas para comunicarse mejor; se evalúan de forma más realista las situaciones y las capacidades de cada persona; se es conciente de las emociones y necesidades (miedos, deseos), para decidir lo que se desea hacer; se clarifican los objetivos y formas de actuar para lograr los fines propuestos; se vivencian los sentimientos más positivos en la comunicación, y se generan experiencias que desmientan las expectativas negativas.

Se evidencia la necesidad de entrenar al personal médico en la humanización de sus servicios. Para lograrlo, es necesario que la institución hospitalaria implemente estrategias de refuerzo (positivo y negativo) y castigo (positivo y negativo), de acuerdo con los deberes y derechos adquiridos por el profesional al vincularse a la entidad hospitalaria.

Se percibe la necesidad de evaluar la calidad del servicio prestado por el médico. Desde el área de Psicología organizacional es preciso realizar una evaluación de desempeño con aspectos claves a valorar sobre la atención integral ofrecida por el médico: desde la perspectiva del paciente, enfermera jefe y del propio especialista; posteriormente se comparan y analizan las diversas apreciaciones y se elabora un concepto sobre la calidad del servicio brindado por cada especialista, resaltando los aspectos a mantener, los negativos, positivos y las recomendaciones necesarias para mejorar la prestación del servicio hospitalario por parte del médico especialista.

⁵⁰ FORERO, Elizabeth y JIMÉNEZ Gonzalo. Manual de habilidades sociales iniciales. Bogotá: s.n, 1989 p. 1-38

Con base en los resultados arrojados por la presente investigación, se hace necesario que la institución hospitalaria profundice sobre las causas que generan las falencias percibidas por los usuarios en el establecimiento adecuado de la concreción, empatía y respeto en la relación médico – paciente.

Es importante realizar investigaciones de tipo científico que profundicen sobre la problemática en la relación médico – paciente, para establecer alternativas que propendan a mejorar la calidad del servicio de salud en las instituciones hospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA

- BRANNON, Linda y FEIST, Jest. Psicología de la Salud. España: Paraninfo, 2002.
- BRIONES, Guillermo. Metodología de la Investigación en las Ciencias Sociales. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de Investigación Social. ICFES, 1996.
- CANALES, Francisco. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de la salud. México: Uthea Noriega editores, 2000.
- COOLICAN, Hugh. Métodos de investigación y estadística en Psicología. 2 ed. México: Manual Moderno, 1997.
- DELGADO, María Consuelo y CABRERA, esperanza. Módulo investiguemos, Neiva 1999.
- DURÁN, Ernesto, et al. Derechos de los niños hospitalizados en Santa Fé de Bogotá. Situación y perspectivas. Bogotá: Secretaría distrital de salud, 1999.
- GRADOS, J. La entrevista en las organizaciones. Santa Fé de Bogotá: Manual moderno, 1993.
- GÓMEZ Padrón, María Virginia. La comunicación humana en la relación médico paciente. [en línea]. Sinexi S.A. La Habana. Lucas Morea. 1997 [cita 20 nov., 2004].
- FLOREZ A. Luis. Psicología de la salud. s.p.i.
- FORERO, Elizabeth y JIMÉNEZ Gonzalo. Manual de habilidades sociales iniciales. Bogotá: s.n, 1989.
- HERNÁNDEZ, Roberto, FERNÁNDEZ, Carlos, BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. Segunda edición. México, 1998.
- MONTAÑA, Joaquín et. al. Evaluación de la calidad del servicio, la lealtad y la satisfacción en el sector salud. Neiva: Universidad Surcolombiana, 2004.
- NIETO M, Joaquín, et al. Psicología para ciencias de la salud. España: McGraw-Hill, 2004.
- NORMAN, D. El procesamiento de las información. Buenos Aires: Paidos, 1969.

ORTIZ J, Remedios. La escucha en la relación medico-paciente [en línea].

Servicio de prensa N° 181 [Ámbito de investigación y difusión Maria Corral], enero 2002 [cita 11 dic., 2004].

POLIT- HUNGLER. Investigación científica en Ciencias de la Salud. Quinta edición. Mc Graw Hill Interamericana. México, 1997.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Sistema de Seguridad Social Integral, ley 100 de 1993. Bogotá: momo, 2002.

SEGURA Benedicto, Andréu. Impacto de la información sobre la salud en la relación médico paciente y en la salud pública. La información y la salud pública [en línea]. La Habana, 2001, boletín 52. [cita 27 nov, 2004].

SEVA A. Psicología Médica. Zaragoza: Ino Reproducciones, 1994.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. LEY 100 de 1993, Libro Segundo, Cap. III, Art. 194.

SULLIVAN, H. La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires: Psique, 1959.

VÉLEZ Bedoya, Rodrigo. Módulo: taller número 2 el proyecto. Postgrado de gestión pública 1997.

WHITTAKER, James. Psicología. 3 ed. México: Interamericana, 1977.

ZAPATA García, R. Relación medico enfermo. [En línea]. S. Cervera Enguix. Pamplona. s.f [cita 30 nov. 2004]. PÉREZ M, Gaspar. Modelos de relación médico paciente.

ZAPATA García, R. Relación medico enfermo. [En línea]. S. Cervera Enguix. Pamplona. s.f [cita 30 nov. 2004]. PÉREZ M, Gaspar. Dinámica de la relación médico enfermo: transferencia y contratransferencia.

ZAPATA García, R. Relación medico enfermo. [En línea]. S. Cervera Enguix. Pamplona. s.f [cita 30 nov. 2004]. PÉREZ M, Gaspar. Comunicación verbal y no verbal.

ANEXOS

