



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**Relación médico-paciente en el Centro de Salud
Miraflores de la ciudad de Loja**

**Trabajo de titulación previo la obtención del
título de médico general**

AUTORA: Ana Belen Pinzón Paladines

DIRECTOR: Md. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2022

ii. Certificación

Loja, 30 de abril del 2022

Md. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICA:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del trabajo de titulación: Relación médico-paciente en el Centro de Salud Miraflores de la ciudad de Loja, de la autoría de la Srta. Ana Belen Pinzón Paladines, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto; autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:
**SANDRA
KATERINE MEJIA
MICHAY**

Md. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

iii. Autoría

Yo, Ana Belén Pinzón Paladines, declaro ser la autora del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.



Firmado electrónicamente por:

**ANA BELEN
PINZON
PALADINES**

Autora: Ana Belén Pinzón Paladines

Cédula: 1106018086

Fecha: 23 de junio de 2022

Correo electrónico: ana.pinzon@unl.edu.ec

Celular: 0969895763

iv. Carta de autorización

Yo, Ana Belen Pinzón Paladines, declaro ser autora del trabajo de titulación: Relación médico-paciente en el Centro de Salud Miraflores de la ciudad de Loja. Como requisito previo a la obtención del título de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintitrés días del mes de junio del dos mil veintidós, firma la autora.

Firma:



Firmado electrónicamente por:

**ANA BELEN
PINZON
PALADINES**

Autora: Pinzón Paladines Ana Belen

Cédula: 1106018086

Correo electrónico: ana.pinzon@unl.edu.ec

Teléfono: 072 722 650

Celular: 0969895763

Dirección: Manteña e Imbayas, Loja

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de trabajo de titulación: MD. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Edgar Augusto Guamán Guerrero, Mg. Sc.

Vocal: Dr. Antonio Israel Salazar Ortega, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Fabiola Barba Tapia, Mg. Sc.

v. Dedicatoria

A cada una de las personas que han sido inspiración durante estos años de formación, quienes con cada pequeño gesto me han motivado a avanzar por este largo camino. Y en especial a mis padres, Ana Cecilia y Tito Alfredo, autores de mi existencia, forjadores de mi personalidad y luz en los días difíciles.

vi. Agradecimiento

Primero agradecer a Dios, por la vida y las oportunidades que en ella se me han presentado. Seguido a mis padres, por su amor incondicional, comprensión y afán en mi formación académica y personal. A mi hermano, por otorgar alegría a los días. A cada uno de los miembros de mi familia, pero en especial a Piedad, porque su ejemplo de fortaleza, perseverancia y superación, han sido inspiración cuando la motivación es insuficiente.

A la Universidad Nacional de Loja y en especial a la Facultad de la Salud Humana por la educación de calidad y calidez proporcionada en cada año de formación, a los docentes de la carrera de medicina, por los conocimientos que permitieron iluminar mi mente desde un punto de vista científico y humano. Al personal sanitario del centro de salud “Miraflores” por su afectuosa acogida y apoyo en la obtención de datos. Y finalmente, a mi directora de trabajo de titulación, la Dra. Sandra Mejía por su guía y consejo, mismos que permitieron cumplir con los objetivos de la presente investigación.

vii. Índice

i. Portada.....	i
ii. Certificación del director	ii
iii. Autoría.....	iii
iv. Carta de autorización	iv
v. Dedicatoria.....	v
vi. Agradecimientos.....	vi
vii. Índice.....	vii
viii. Índice de tablas de resultados.....	vii
ix. Índice de anexos	viii
1. Título	1
2. Resumen.....	2
2.1 Abstract.....	2
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	6
4.1 Antecedentes y panorama actual de la relación médico-paciente	6
4.1.1 Era del paternalismo médico	6
4.1.2 Era de la autonomía o del paciente.	6
4.1.3 Era de la burocracia o del contribuyente.	7
4.1.4 Era de las decisiones compartidas.....	8
4.2 Modelos de relación médico-paciente.....	8
4.2.1 Modelo paternalista	8
4.2.2 Modelo dominante.	8
4.2.3 Modelo de responsabilidad compartida.....	8
4.2.4 Modelo mecanicista.....	9
4.3 Dimensiones en la relación médico paciente.....	9
4.3.1 Dimensión comunicativa.	9
4.3.1.1 Estadísticas	9
4.3.1.2 Dimensión comunicativa en la formación de un médico	10
4.3.1.3 Crisis actual en la relación médico-paciente	10
4.3.2 Dimensión biomédica.....	11
4.3.3 Dimensión emocional.....	12
4.3.4 Dimensión de la identidad cultural.	13
4.4 Principios de bioética en la atención en salud	15
4.4.1 Autonomía.	15

4.4.2 Beneficencia.....	15
4.4.3 No Maleficencia.....	17
4.4.4 Justicia	15
4.5 Principios de la relación médico paciente	18
4.5.1 Confidencialidad	18
4.5.2 Honestidad.....	18
4.5.3 Empatía.....	19
4.5.4 Confianza.....	20
4.5.5 Participación.....	21
4.5.6 Humanización.....	21
4.5.7 Respeto.....	22
4.6 Cuestionario PREMEPRA	22
4.7 Escala de empatía médica de Jefferson.....	23
5. Metodología	25
5.1 Enfoque	25
5.2 Tipo de diseño utilizado.....	25
5.3 Unidad de estudio.....	25
5.4 Universo y muestra	25
5.5 Criterios de inclusión.....	25
5.6 Criterios de exclusión	25
5.7 Técnicas.....	26
5.8 Instrumentos.....	26
5.8.1 Consentimiento informado.....	26
5.8.2 Cuestionario PREMEPA.....	26
5.8.3 Escala de empatía médica de Jefferson.....	26
5.9 Procedimientos	27
5.10 Equipos y materiales.....	25
5.11 Análisis estadístico	27
6 Resultados	28
7 Discusión	31
8 Conclusiones	33
9 Recomendaciones	34
10 Bibliografía	35
11 Anexos	40

viii. Índice de tablas de resultados

Tabla 1. Percepción de la relación médico-paciente de acuerdo a edad y sexo en usuarios del centro de salud Miraflores de la ciudad de Loja.....	28
Tabla 2. Niveles de empatía médica de acuerdo a edad y sexo en médicos del centro de salud Miraflores de la ciudad de Loja.....	29
Tabla 3. Relación entre la percepción de la relación médico-paciente y la empatía en el centro de salud Miraflores de la ciudad de Loja.....	30

ix. Índice de Anexos

Anexo 1: Aprobación de Tema de Trabajo de Titulación.....	40
Anexo 2: Pertinencia.....	41
Anexo 3: Designación de Director de Trabajo de Titulación.....	42
Anexo 4: Autorización para Recolección de Datos.....	43
Anexo 5: Certificado de Traducción al Idioma Inglés	45
Anexo 6: Consentimiento Informado.....	46
Anexo 7: Cuestionario PREMEPA.....	49
Anexo 8: Escala de empatía médica de Jefferson.....	52
Anexo 9: Base de Datos.....	55
Anexo 10: Tablas de Resultados.....	59
Anexo 11: Certificación del Tribunal de Grado.....	61
Anexo 12: Perfil de Proyecto.....	62

1. Título

Relación médico-paciente en el Centro de Salud Miraflores de la ciudad de Loja

2. Resumen

La relación médico-paciente (RMP) considerada como acto principal de la actividad clínica, implica interacción comunicativa destinada en principio a facilitar y mediar los procesos diagnósticos y terapéuticos; lo que es posible gracias a distintas habilidades del médico, entre ellas, la empatía. Por ello, el siguiente estudio tuvo la finalidad de caracterizar por edad y sexo la percepción sobre la RMP en usuarios del centro de salud “Miraflores”, identificar el nivel de empatía que presentan los médicos y reconocer la asociación entre ambas variables. Tuvo un enfoque cuantitativo, correlacional, transversal, con una muestra de 194 usuarios que acudieron a consulta externa a quienes se aplicó el cuestionario sobre la percepción de relación médico-paciente (PREMEPA) y la escala de empatía médica de Jefferson (EEMJ) a las cuatro profesionales de la salud. Encontrándose una adecuada percepción de RMP en 94,85% (n=184) pacientes y medianamente adecuada en 5,15% (n=19), no se encontró diferencias significativas en relación al sexo ni edad ($p=0,612$ y $0,36$ respectivamente); referente a la empatía médica, el promedio obtenido fue 123,8 valorado como alto, sin diferencias significativas de acuerdo a la edad ($p=0,946$). Al contar exclusivamente con valores de empatía alta, no se lograron establecer diferencias estadísticas entre el nivel de empatía y la percepción de la RMP. Sin embargo, se podría relacionar la percepción adecuada de la RMP en casi la totalidad de usuarios a los elevados niveles de empatía presentados por los médicos.

Palabras clave: empatía médica, comunicación, atención de salud, ética, satisfacción.

2.1 Abstract

The doctor-patient relationship (RMP) is considered as a principal fact of the clinical activity. It implies a communicative interaction which is firstly approached to facilitate and mediate the diagnostic and therapeutic processes; this is possible thanks to different doctor's abilities including empathy. For that reason, the present study aimed to characterize by age and sex, the perception of RMP in users of Centro de Salud "Miraflores", identify the empathy level that doctors present, and recognize the association between the two variables. It had a qualitative correlation transversal approach, with a sample of 194 users who attended to outpatient visit. The population was asked to fill a questionnaire about perception of doctor-patient relationship (PREMEPA) and the scale of doctor empathy according to Jefferson (EEMJ) made to the four health professionals. Finding out that the suitable perception of RMP in 94,85% (n=184) of patients and moderately suitable in 5,15% (n=19). There were not found significant differences in relation neither to sex nor age. ($p=0,612$ y $0,36$ respectively). Regarding the doctor empathy, the average gathered was 123,8 estimated as high, without relevant differences in line with ages ($p=0.946$). As only high scores of empathy were registered, it was not able to establish statistics differences among the level of empathy and perception of RMP. However, it could be related the suitable perception of RMP in almost all the users to the high empathy levels presented in the doctors.

Key words: doctor empathy, communication, health attention, ethic, satisfaction.

3. Introducción

La relación médico-paciente (RMP) como uno de los pilares de la calidad de atención de los servicios de salud se basa, entre otras condiciones, en una adecuada comunicación; la misma que es posible gracias a distintas habilidades que adquiere el médico durante su formación, entre ellas, la empatía. Se ha evidenciado que cuando se establece una buena relación interpersonal, la recolección de información se facilita, se posibilitan diagnósticos más precisos, se incrementa la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento, la evolución de la enfermedad y disminuyen los cambios de terapeuta, así como las demandas a los servicios de salud (Espínola, Ocampos, Quintana y Escobar, 2018).

La empatía constituye un vehículo en la RMP y permite al médico involucrarse con el paciente, no sólo en el aspecto biológico y cognitivo, sino también le permite crear un vínculo emocional. Sin embargo, en los últimos años la práctica médica se ha visto oscurecida por la deshumanización del paciente, debido a la terapéutica moderna y su lazo estricto con la ciencia, el predominio de los intereses económicos y a las exigencias del sistema burocrático, dejando a un lado la sensibilidad humana y dando lugar a lo que se ha denominado «cosificación» del paciente, en la cual este pasa de considerarse una persona a convertirse en una estadística. Como era de esperarse esta visión ha afectado profundamente a la RMP, desencadenando una crisis de confianza que sufre la profesión en la actualidad (Ávila-Morales, 2017).

Además, internacionalmente se ha visto una deuda patente con la formación humanística en medicina, lo que dificulta la adquisición de habilidades comunicativas necesarias para interactuar adecuadamente con el paciente y su entorno, factores como la carga académico-laboral, la adopción de modelos biológicos impartidos por los tutores y restricción del tiempo de consulta por el sistema administrativo, limitan la capacidad para comprender el proceso salud-enfermedad e impactan de manera desfavorable en la calidad de la práctica asistencial diaria (Parra y Cámara, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da marcada importancia a las características del servicio de salud, el cual debe ser: accesible, eficiente, gestionado adecuadamente y satisfacer las necesidades en salud de las personas, así mismo manifiesta: “El goce del grado de satisfacción máxima de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Se publicaron tres informes independientes en 2018, en los que se señala la necesidad de prestar cuidado a la calidad de la atención sanitaria, que se fundamenta en la atención centrada en la persona, una característica que es al mismo tiempo

intrínsecamente importante (todas las personas tienen derecho a ser tratadas con dignidad y respeto) e instrumentalmente importante (la atención centrada en las personas se asocia a una mejor utilización de la vigilancia sanitaria y a mejores resultados en materia de salud) (OMS, 2019).

Por otro lado, el capítulo II de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente del Ecuador establece que los pacientes tienen derecho a una atención digna, a no ser discriminados, a la confidencialidad, a la información sobre su padecimiento y a decidir si acepta o declina el tratamiento médico; todas estas, cuestiones que se fundamentan en una RMP adecuada.

De la premisa anterior nace la necesidad de la presente investigación, en contestar la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación entre la empatía del médico y la percepción de la relación médico paciente en usuarios del Centro de Salud Miraflores de Loja? que se enmarca en la cuarta línea de prioridades de investigación de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, al pertenecer a la línea “Servicios de salud en la zona 7”; también es parte de las prioridades de Investigación del Ministerio de Salud Pública: Sistema Nacional de Salud, la línea “Calidad de la atención, prestación y sistemas de apoyo” y sublínea “Satisfacción del usuario interno y externo”; cuya realización se consideró de importancia, debido a la actual burocratización de los servicios de salud y al nuevo rol que desenvuelven los pacientes como evaluadores de la atención prestada por diversas instituciones, siendo la calidad de atención y la RMP, como parte de la misma, un objetivo prioritario para los sistemas de salud.

De modo que se planteó como objetivo general correlacionar el nivel de empatía del médico con la percepción del paciente sobre la relación médico-paciente en usuarios del Centro de Salud Miraflores de la ciudad de Loja y como objetivos específicos caracterizar por edad y sexo la percepción sobre la relación médico paciente en usuarios del centro de salud Miraflores, identificar por edad y sexo el nivel de empatía que presentan los médicos en el centro de salud Miraflores y reconocer las variables que se asocian con una mayor empatía por parte del médico y a una percepción adecuada de la relación médico paciente por usuarios del centro de salud Miraflores.

4. Marco teórico

4.1 Antecedentes y panorama actual de la relación médico-paciente

Exceptuando la relación madre-hijo y las relaciones amorosas, la relación médico-paciente es quizás la interacción humana que más interés ha suscitado a lo largo de la historia, al mismo tiempo, es la que más ha sufrido modificaciones con el paso del tiempo. Esta envuelve diversas fuerzas humanas: fe, esperanza, confianza, fortaleza moral y aceptación de la adversidad como fenómeno vital y como experiencia racional. En occidente, y durante siglos, el médico se consideraba una figura autoritaria y de veneración en consecuencia a su habilidad para sanar al enfermo. Por siglos se adoptó un modelo paternalista, en el que el médico se atribuía todas las decisiones en cuanto a la salud del paciente, haciendo alusión al poco conocimiento de este en el arte de la medicina y a su falta de juicio debido a la enfermedad; por lo tanto, el paciente se tornaba incompetente moral, no tenía la oportunidad de opinar y mucho menos de tomar decisiones (Mendoza F., 2017).

Según Aguilar Fleitas (2017) los conceptos alrededor de la relación médico-paciente han sufrido más cambios en los últimos 25 años que en los últimos veinticinco siglos y el tipo de relación se puede dividir en cuatro períodos basados en una clasificación descrita inicialmente por Mark Siegler:

4.1.1 Era del paternalismo médico. Va del 460 AC a 1960. En este periodo existe una confianza absoluta en las capacidades del médico, de modo que este se convierte en el único responsable de la toma de decisiones. La capacidad intelectual e integridad moral del facultativo eran indiscutibles, sus diagnósticos y tratamientos no podían ser cuestionados, pues se consideraban propuestos por seres de gran sabiduría y conexión con los dioses, a pesar de que las herramientas terapéuticas con las que se contaban resultan muy rudimentarias.

4.1.2 Era de la autonomía o del paciente. La autonomía es una propuesta que aparece ya en el siglo 18, proviene del griego auto que significa uno mismo, y nomos que significa norma, fue propuesta en su origen por Kant, quien concibe al ser humano como un ente moral con capacidad de tomar decisiones desde su razón y libertad, otorgándole el derecho de ser respetado y así mismo el deber de responder por sus actos. En 1969 la Asociación Americana de Hospitales da origen al primer código de derechos de los pacientes; la relación clínica sufre un cambio crucial con el surgimiento del consentimiento informado, que no es más que un recordatorio del primer deber de beneficencia del médico: la información. Algunos aspectos a tomar en cuenta sobre este suceso son el fuerte impacto de la autonomía,

en correspondencia con la tradición moral de la modernidad; el consentimiento informado es extraño la tradición médica lo que explica la dificultad de su introducción en el ámbito clínico, por lo que debe recordarse que, su verdadero sentido radica en el respeto a la decisión debidamente fundada de los pacientes, de tal manera que tanto el proceso como su documentación o registro procuren el mayor bienestar a los mismos (Beca Infante, 2017).

4.1.3 Era de la burocracia o del contribuyente. En la que al médico no sólo se le exige eficacia en tratar a su paciente, sino que también eficiencia en gestionar bien los recursos sanitarios públicos. Ahora el médico tiene un doble papel, uno individual, que consiste en sanar al paciente y otro colectivo o social, como lo es optimizar los recursos sanitarios para lograr una mejor justicia distributiva (Aguilar Fleitas, 2017).

Actualmente, con los cambios de la vida moderna, el desarrollo de la ciencia en general y de la ciencia médica, la sofisticación creciente de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, las barreras tecnológicas entre el médico y el paciente, la aceptación de la salud como un derecho y la introducción de las leyes del mercado. Se ha producido un cambio en la percepción de la profesión, al lado de la admiración natural hacia el médico, ha crecido también la insatisfacción de los usuarios de los sistemas de salud, situación que se acompaña de la declinación de los valores éticos profesionales y el inexorable enjuiciamiento de la profesión médica por parte de la opinión pública, con la consecuente pérdida del estatus y el prestigio de la profesión (Aguilar Fleitas, 2017).

Por otro lado, los pacientes se muestran cada vez más demandantes, críticos y exigentes. Solicitan una atención de calidad, esto se dificulta en gran medida por causas externas, pero también por la falta de formación de los profesionales de salud en cuanto a comunicación con sus pacientes. Se ha observado que, para los pacientes una comunicación adecuada con su médico es fundamental e incluso la priorizan respecto a la receta y exámenes complementarios, que es lo que precisamente el médico le da importancia. Además, el paciente cada día más asume su autonomía, exigiendo participar en la toma de decisiones en su tratamiento, desafortunadamente la decisión del tratamiento con su médico no se asume en el 70% de los casos, sobre todo en atención primaria, debido a que la población no ha internalizado ese derecho, no asume su responsabilidad ni su libertad, sobre todo en países donde la información es escasa (Aguilar Fleitas, 2017).

Los datos anteriormente expuestos indican la importancia del cambio de modelo de atención, puesto que se ha demostrado mejores resultados de la eficacia terapéutica en modelos centrados en el paciente, basados en la comunicación y el desarrollo de procesos

compartidos. La ausencia de comunicación, información y soporte emocional, influyen en el comportamiento del paciente respecto a su patología (Aguilar Fleitas, 2017).

4.1.4 Era de las Decisiones Compartidas. pretende un equilibrio entre los conceptos de paternalismo y autonomía, de modo que durante esta etapa las decisiones tomadas resultan del dialogo y deliberación democrática entre el médico y el paciente, actualmente se considera la relación ideal, pues otorga la oportunidad de respetar acuerdos y valores para llegar a un bien común. Aplicado principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas, en las que la intervención médica es principalmente educativa. Sin embargo, se ha visto perjudicado por el modelo burocrático, en el que la toma de decisiones involucra también a un financiador, evocando conflictos de interés (Fernández Trujillo, 2019).

4.2 Modelos de relación médico-paciente

4.2.1 Modelo Paternalista. Como ya se ha mencionado previamente, en el modelo paternalista, haciendo alusión a su nombre, destaca la actitud autoritaria del médico, el mismo que dirige las acciones, indica y/o realiza procedimientos diagnósticos y terapéuticos; mientras que el papel del enfermo es obedecer a las indicaciones proporcionadas, sin oportunidad de expresar sus dudas, temores u opiniones. Es una relación tipo sujeto-objeto en la cual, aunque la finalidad sea beneficiar al enfermo, no se respetan su autonomía, su libertad, su capacidad ni derecho a decidir. Este modelo es frecuente aún en países latinoamericanos y, sobre todo, en el medio rural (Lugo, 2020).

4.2.2 Modelo dominante. En contraste con el anterior, en este modelo es el paciente quien de acuerdo con sus conocimientos o bien en base a la información obtenida por diversos medios, pide o exige que, de acuerdo con la patología establecida, se realicen determinados procedimientos diagnóstico-terapéuticos, sin respetar las opiniones del médico. También constituye una relación tipo sujeto-objeto que es común que se desarrolle cuando el médico tratante tiene poca experiencia, en estos casos el abuso de autonomía del enfermo puede resultar perjudicial en los resultados (Lugo, 2020).

4.2.3 Modelo de responsabilidad compartida. En este modelo la prioridad es la comunicación, se informa al enfermo y la familia, todo lo referente a su padecimiento, incluyendo diagnóstico, tratamiento, pronóstico, y posibles complicaciones. Se aclaran sus dudas y se trata de disipar sus temores; se discuten las alternativas y en forma conjunta se toma la mejor decisión. En este modelo intervienen la autonomía, la libertad y el juicio del paciente, en conjunto con la orientación del médico tratante. Es una relación tipo sujeto-

sujeto, por lo que es el modelo de ideal implementación en los servicios de salud (Indacochea-Cáceda, 2017).

4.2.4 Modelo mecanicista. Este modelo es frecuente en la medicina institucional, la atención siguiendo este modelo, se lleva a cabo de acuerdo con disposiciones administrativas estrictas que siguen protocolos de manejo rígidos, al paciente se le niega la oportunidad de elegir a su médico tratante y lo que es peor, no siempre es atendido por el mismo médico, lo cual interfiere en la relación médico-paciente al impedir la creación de lazos de confianza basados en el conocimiento profundizado del enfermo. El exceso de burocracia y trámites administrativos retarda el tratamiento y deteriora la relación, que es de tipo sujeto-objeto, pudiendo dar lugar a la falta de colaboración del enfermo o sus familiares, falta de empatía o incompatibilidad en sus valores morales o imposibilidad física o técnica del médico para atender al enfermo (Indacochea-Cáceda, 2017).

4.3 Dimensiones en la relación médico paciente

4.3.1 Dimensión comunicativa.

4.3.1.1 Estadísticas. En Ciudad de México se llevó a cabo un estudio de investigación en médicos residentes de especialidades varias y llama la atención el hallazgo de deficiencias en el conocimiento y habilidades de pensamiento para la comunicación clínica hasta en el 80% de los casos. Se evidenció que las prácticas más seguras solo se logran a través de acciones, políticas públicas, protocolos, técnicas de verificación, mejoras a los procesos, capacitación al talento humano, entre otras. Pero esto es secundario al desarrollo fundamental de competencias que apoyen al estudiante de pregrado y posgrado para que desarrolle diversos tipos de capacidades profesionales como la comunicativa interpersonal y la de trabajo en equipo (Sánchez-Agarita, 2017).

En una profesión como la medicina, marcada en múltiples casos por la incertidumbre y los hechos fortuitos, es razonable que el desgaste laboral del médico produzca consecuencias en su salud física y emocional, como son el burnout, estrés crónico o el síndrome judicial, que comprometen hoy a un gran número de profesionales de la salud, con lo que el índice de insatisfacción profesional entre los médicos ha crecido de manera notoria (Sánchez-Agarita, 2017).

En el contexto de la RMP la psicología positiva, definida como el estudio del origen y las consecuencias del bienestar psicológico y de las estrategias necesarias para su desarrollo, ofrece enormes oportunidades. La extensión de los conocimientos de esta ciencia hacia la relación médico-paciente permitiría que cada paciente sea tratado por profesionales capaces

de ayudarlos a potenciar su bienestar y felicidad, más allá de la simple búsqueda de la cura de sus enfermedades (Sánchez-Agarita, 2017).

4.3.1.2 Dimensión comunicativa en la formación de un médico. La comunicación es una de las capacidades más importantes en la formación integral de medicina, y, la evidente crisis actual de la relación médico-paciente refleja la ausencia de formación adecuada en esta dimensión. A esto se suma algunos problemas políticos, sociales, psicológicos y técnicos de la sociedad actual. De modo que es imperante la necesidad de una reflexión con la formación en educación, apoyada en algunos referentes teóricos desde la bioética, los valores y lo moral como componentes importantes en la educación universitaria (Sánchez-Agarita, 2017).

Con la finalidad de aumentar la calidad de los servicios de la salud y de minimizar las demandas por mala práctica y las insatisfacciones del paciente en relación a una comunicación deficiente, surge la necesidad de una excelencia en la práctica médica, determinada por el desempeño científico-técnico, por la calidad del entorno, por la dimensión comunicativa y la ética en la profesión. Por lo tanto, el médico debe dominar los elementos esenciales de la comunicación humana y la entrevista como componentes fundamentales en la RMP. Es importante señalar que la enfermedad tiene un aspecto psicológico, uno social y otro somático, es decir, la enfermedad es un problema psicosomático; por ende, los inconvenientes que surgen en muchas ocasiones con la RMP, se deben en gran parte a que la formación del médico en muchas instituciones se centra únicamente en la dimensión biológica de la enfermedad, y, con frecuencia, los médicos solo se enfocan en la parte somática y en el problema físicobiológico del paciente y omiten lo psicológico y social que afecta considerablemente en la evolución de una patología. Esta situación, sumada al uso indiscriminado de tecnologías modernas de diagnóstico, a múltiples tareas asistenciales, a interconsultas y a derivaciones, limita de forma considerable el enlace y conocimiento personal entre las partes y, además, eleva los costos de la consulta médica (Sánchez-Agarita, 2017).

De todo esto resulta la situación de que muchas veces el paciente es contemplado por el médico sólo como una patología y es víctima de violaciones en sus derechos básicos como la información, la comunicación, la confidencialidad, la privacidad y la autonomía durante el proceso de atención médica (Sánchez-Agarita, 2017).

4.3.1.3 Crisis actual de la relación médico-paciente. La salud es un valor muchas veces más proclamado que puesto en práctica; este no solo es un derecho, sino una responsabilidad social e individual que no depende exclusivamente del médico y la medicina, sino también

de sectores del conocimiento y de la actividad humana. Últimamente se ha evidenciado, con el cambio de paradigmas sociales, que el ejercicio de la medicina se desarrolla en un ambiente cada día más hostil y dominado, en muchas ocasiones, por el maltrato. Para hacer frente de forma adecuada a esta situación, el médico debe evitar la respuesta agresiva por todos los medios disponibles, aparentar calma y control de la situación y hablar sutilmente sin provocar al paciente. Se cree que el sistema de adaptación frente al honorario reducido de la consulta, que conlleva a un incremento del número de consultas, a una reducción drástica del tiempo ofrecido a cada paciente y al pluriempleo; llevó a un cambio de calidad por cantidad, incrementando el descontento de los pacientes en cuanto a la consulta y afectando también al médico, que sabe que está menoscabando su profesión y exponiéndose a cometer errores; de modo que ambos se han convertido en víctimas de un sistema siniestro que ha reemplazado conceptualmente al binomio médico-paciente por el de prestador-cliente (Sánchez-Agarita, 2017).

4.3.2 Dimensión biomédica. Como ya se ha mencionado previamente, la capacidad comunicativa del médico determinará la efectividad de la consulta. El paciente se presenta al médico con diversos requerimientos, enmarcados en forma general en la necesidad de información por su padecimiento y en el consejo del médico, incluyendo el tratamiento oportuno. En el ámbito de la prevención, la capacidad de información del médico determinará la adecuada promoción de la salud. Por tanto, el trabajo de información y asesoramiento, en lo que se refiere a medidas terapéuticas como preventivas, es una parte integral del acto médico (Jueas C., Álvarez A., Otero del Castillo y García M., 2020)

La importancia de una RMP radica en que la comunicación adecuada con el paciente, en la que se informa de manera precisa la condición de salud (causa) y el manejo posterior (tratamiento), promueve la confianza en el paciente y a la vez un mejor apego al tratamiento. Desde 1977 se viene fomentando un cambio en el modelo de atención al paciente que sustituya al modelo paternalista adoptado por años, este nuevo modelo se basa en que la salud no sólo depende de condiciones biológicas, como se creía, si no en aspectos psicológicos y sociales propios de cada paciente. Bajo este razonamiento nace el modelo biopsicosocial, en el cual, el paciente pasa de ser un objeto de estudio, para convertirse en un sujeto con opinión, creencias y expectativas, con el derecho a participar en la toma de decisiones durante el proceso de atención (Jueas et al., 2020).

Con la finalidad de volver más eficaz la consulta, mejorar la satisfacción del usuario, reducir el número de demandas y aumentar el apego al tratamiento, se desarrollaron diversas

investigaciones enfocadas en la RMP. Una de las primeras fue el Consenso de Toronto, que buscaba identificar las características de una buena comunicación médico paciente; resultaron ser muchas las prioridades y preguntas sin resolver durante el mismo naciendo la necesidad de nuevas investigaciones (Juesas et al., 2020).

Una RMP fuerte, terapéutica y eficaz es una condición indispensable en el acto médico. Además, resaltaron la importancia de una atención centrada en el paciente, involucrando no sólo la enfermedad, sino también la experiencia del mismo. Este consenso se reiteró tres años después, refiriéndose a los programas de acreditación de residencias y certificación médica, en los que se evaluarían la capacidad de comunicación y el desarrollo interpersonal del médico, ambas como parte de un todo; a través de la observación de los médicos en actividades cotidianas de la práctica médica como la obtención de la historia clínica, la explicación del diagnóstico y pronóstico, así como la exposición detallada de las instrucciones del plan terapéutico (Juesas et al., 2020).

En el año 2008, se publicó el Consenso Británico de comunicación médico paciente, que pretendía establecer recomendaciones aplicables en cualquier parte del mundo; sin embargo, se incluyeron competencias de difícil medición como el profesionalismo y la integridad. Este consenso se centró sobre todo en el respeto, como pilar de la práctica médica (no sólo en el aspecto de comunicación). En el año 2010 apareció el Consenso de Alemania y en el año 2012 el consenso europeo, cuyos fines educativos fueron determinar objetivos de esencial de comunicación para todo profesional al cuidado de la salud y examinar su idoneidad dentro del plan de estudios del pregrado europeo (Juesas et al., 2020).

Pese a que, como se ha expuesto, expertos se han reunido en numerosas ocasiones para llegar a un consenso con respecto a la comunicación eficaz médico-paciente, solo fueron capaces de enunciar los aspectos psicosociales que influyen en esta comunicación, dando recomendaciones que muestran una visión generalizable no reflexiva en la construcción de un vínculo interpersonal. Lo rescatable de la colaboración entre disciplinas es su aporte encaminado a rebasar la dimensión biomédica del estudio de la comunicación, y penetrar en aspectos psicológicos, emocionales, sociológicos y antropológicos presentes en las interacciones entre el médico y el paciente (Juesas et al., 2020).

4.3.3 Dimensión emocional. Esta dimensión evalúa el rol que cumplen las emociones en la comunicación durante la consulta para generar empatía; sin embargo, los médicos no siempre están capacitados formalmente para satisfacer las necesidades del paciente, los

cuales, acuden a consulta no sólo para la resolución del problema de salud, si no buscan también un soporte emocional y social (Baza Bueno et al., 2019).

En esta dimensión no sólo intervienen las emociones del paciente, sino también las del médico; este será el encargado de reconocer la presencia de estas emociones, sobre todo cuando no sean expresadas directamente, y explorarlas de forma efectiva para que el paciente se sienta comprendido. Esta técnica se fundamenta en tres pasos: identificar la emoción, identificar la fuente de la emoción y responder formando una conexión con el paciente, a partir de la misma (Baza Bueno et al., 2019).

Dentro del abanico de emociones, presentes en todos los seres humanos, encontramos las primarias como miedo, ira, alegría, tristeza, disgusto y sorpresa, que por lo general van acompañadas de un lenguaje corporal característico e incluso de una respuesta endocrina y autónoma. Y encontramos también las emociones secundarias como envidia, vergüenza, culpa, calma, que conllevan un componente cognitivo más alto, asociado a las relaciones interpersonales. El conocimiento y manejo adecuado de estos grupos de emociones se enmarca en lo que se ha denominado inteligencia emocional (Baza Bueno et al., 2019).

En el médico, la inteligencia emocional es una capacidad que puede aprenderse y enseñarse, puesto que contribuye a mejorar las competencias sociales; por ejemplo, a través de la empatía, definida como la capacidad para comprender la experiencia y sentimientos del paciente y comunicar ese entendimiento adecuadamente (Baza Bueno et al., 2019).

La inteligencia emocional, determina también la facultad de autocontrol y similares, mientras que la competencia emocional, se refiere al grado en que se dominan estas habilidades. Una buena percepción emocional implica saber reconocer e interpretar sentimientos y emociones; con un buen entendimiento de cómo se sienten las personas, se establece la base para posteriormente aprender a controlar sensaciones, moderar reacciones y no dejarse arrastrar por impulsos o pasiones exaltadas. Si se reconocen e identifican los propios sentimientos, se establece más fácilmente el contacto con los otros, de modo que en la relación médico paciente la inteligencia emocional coadyuva en el establecimiento de una buena comunicación (Baza Bueno et al., 2019).

4.3.4 Dimensión de la identidad cultural. En esta dimensión, entran en juego el enfoque biomédico, con las ciencias sociales. Desde una perspectiva sociológica y antropológica, la enfermedad adquiere connotaciones interpretativas que ponen en juego las creencias y los valores de una sociedad. Por lo tanto, lo que se busca es establecer una comunicación con el paciente, a partir del conocimiento de su historia de vida, sus puntos de vista, su trayectoria

y proyecto de vida antes y después de la enfermedad. Se ha visto que las narrativas del padecimiento del paciente son recursos valiosos para la comprensión de la afectación biológica, psicológica y sociocultural de los trastornos corporales dentro de tramas sociales concretas donde se expresan los significados tanto del sujeto como del mundo en el que habita, es decir, transportar el mundo interno de pensamientos y sentimientos hacia el mundo externo de acciones observables. Además, los relatos podrían representar recursos invaluable para profundizar y progresar en el entendimiento del otro al propiciar escenarios que faciliten la comprensión de aquello no se ha experimentado personalmente (Carrera M., García G., y Peñate H., 2017).

La enfermedad es entendida como un proceso cognitivo esencial de quien la padece, que refleja la fragilidad de la vida por el sufrimiento, o el dolor como experiencia universal. Por lo tanto, debe ser analizada dentro de un contexto social y cultural específico, de modo que en el análisis de las narrativas durante la RMP, se ubican ideas, conceptos, emociones, incertidumbres, relaciones de confianza e intimidad, así como estos contextos sociales en los que interviene la experiencia, es decir, se genera un proceso en el cual la comunicación porta significados culturales, palabras, gestos, ideas, afectos, conocimientos técnicos, actitudes profesionales y tonalidades verbales (Carrera M., García G., y Peñate H., 2017).

La posibilidad de relacionarse en la consulta sucede a través de la empatía, el respeto, la sinceridad y la solidaridad, y se expresa en las distintas fases del intercambio: preparación, establecimiento de la agenda, interrogatorio médico, exploración física, construcción de la relación, intercambio de información, planificación, conclusión y separación. La antropología clínica explora los significados asociados al padecer, al recapitular las trayectorias biográficas se incorpora la enfermedad en la vida cotidiana del individuo dentro del contexto de sus relaciones sociales, lo que refleja distintas maneras de vivir la experiencia. De modo que, el relato en su conjunto incorpora: lugares, tiempos, personajes y situaciones que denotan valores, creencias y prácticas concretas. Las explicaciones de las enfermedades se relacionan con entornos culturales donde adquieren significados; influidos por miedos, acontecimientos inesperados, traumas, entre otros. E involucran también la búsqueda de atención, los intentos fallidos para curarse, el costo económico y el desgaste familiar (frecuentes en enfermedades crónicas) (Carrera M., García G., y Peñate H., 2017).

La disconformidad con la RMP surge por conflictos en las expectativas, los sentimientos involucrados, la confusión, ya que las historias clínicas no siempre coinciden con la historia psicológica y social de la enfermedad, y a su vez con la experiencia. La tarea del médico es

escuchar, comprender e interpretar el relato y con él construir una nueva narrativa para recontarle su historia al paciente incorporando su perspectiva en salud (prevención – diagnóstico – tratamiento). Al recapitular la historia, el médico ignora sus propios valores, considerando como centro lo expresado por el paciente, de modo que el relato se vuelva congruente con la cultura en la que la enfermedad adquiere significado, de otra manera el médico proyecta su propia interpretación en la experiencia del padecer del paciente (Carrera M., García G., y Peñate H., 2017).

El modelo explicativo de la enfermedad propuesto por Kleinman, como recurso para enfrentar lo incierto del padecer y defender lo decidido bajo las condiciones morales de quien padece, describe las percepciones de los actores del proceso salud-enfermedad (profesionales de salud, paciente y familia). Este modelo distingue tres conceptos: el del trastorno biológico (cambios anatómicos y fisiológicos), el de enfermedad (rol de estar enfermo visto desde el contexto social), y el de padecimiento (síntomas como el dolor). A partir de esto, el médico se mueve en estos tres niveles para descifrar lo biológico, la experiencia personal y lo social (Carrera M., García G., y Peñate H., 2017).

Al cursar por un padecimiento, la perspectiva del paciente sobre el futuro se manifiesta con ansiedad y su interpretación del mismo está entrañada en formas culturales propias a cada individuo, a través de las cuales se puede dar cuenta de su experiencia. Es en este escenario, que tiene lugar la respuesta del médico, mismo que enfrenta la enfermedad y va cambiando su historia a medida que se desenvuelve. Pero lograr hacer frente, debe intentar darle sentido a lo incomprensible, a través de la interpretación y reinterpretación del relato del paciente en cada encuentro, un relato que está atravesado por emociones, esperanzas y expectativas. De modo que es el médico quien, con sus conocimientos y tratamientos, es portador de armas que estallan en la imaginación y la esperanza de quienes padecen; proceso que se puede desenvolver de forma adecuada bajo el principio de responsabilidad compartida, mismo que permite moldear la realidad y otorgarle sentido al futuro (Carrera M., García G., y Peñate H., 2017).

4.4 Principios de bioética en la atención en salud

4.4.1 Principio de Autonomía. Se refiere al derecho de cada persona de conducir el camino de su vida en correspondencia con sus intereses, deseos y creencias. Al hacer uso de este principio se otorga al individuo la posibilidad de escoger en función de sus razones, reafirmar los rasgos fundamentales de su persona y promover su bienestar al permitirle seleccionar lo que considere que es mejor para él (Vargas y Gallardo, 2020).

La autonomía representa el espectro de la libertad del hombre, pues es el a quien le pertenecen toda aquella parte de sus actos que no interfieren sobre otros y sobre los cuales ningún otro individuo puede interferir. Este principio determina en el profesional de salud la obligación de respetar los valores, expectativas y decisiones personales de cada individuo, aunque esta elección sea considerada como equivocada. Lo cierto es que, en el modelo social emergente se tiende a que cada cual tenga derecho a opinar sobre su salud en ejercicio de su libertad, para lo que se requiere de un conocimiento, es decir, estar bien informado, la comprobación de la competencia del enfermo para decidir y la ausencia de coerción en él (Vargas y Gallardo, 2020).

Este principio es la base para un nuevo modelo de RMP, ya que al paciente se le trata como adulto responsable con la capacidad y el derecho de decidir entre las opciones presentes, en una determinada situación clínica. Dentro de este concepto pueden presentarse contradicciones, por ejemplo, cuando el equipo de salud, tomando en cuenta sus funciones en los diferentes niveles de atención (prevención, promoción, curación y rehabilitación), intenta modificar estilos de vida, tradiciones y hábitos que puedan afectar la salud individual y de la comunidad, lo que puede interpretarse como una intromisión en el mundo interno de esta comunidad, que lesiona su independencia y por ende su autonomía (Vargas y Gallardo, 2020).

4.4.2 Beneficencia. Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios, es aquel deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente. En este principio se incluyen acciones que impliquen un beneficio, que fomenten un bien, eviten o se opongan al mal o daño; adicionalmente, todos los que implican la omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño o perjuicio (López Vélez y Zuleta Salas, 2020).

El deber del médico se construye sobre el principio de beneficencia y se fundamenta en su responsabilidad de asistir a cada individuo que necesite de su conocimiento. Y se vincula con el compromiso de otorgar un servicio de calidad, con atención respetuosa, evitar el exceso de terapéutica y respetar condiciones, credos o ideologías. Este principio debe estar dirigido a garantizar la salud de la sociedad en el sentido más amplio de este concepto, para lo que se precisa de un personal preparado, competente, actualizado, con una formación humanística basada en los principios éticos y conocedor de las peculiaridades de la población que asiste. No es correcto visualizar como único objetivo curar o restituir la salud, sino

también educar, promover y prevenir enfermedades a través de la modificación de estilos de vida y patrones culturales que no contribuyen al mantenimiento de la salud colectiva (López Vélez y Zuleta Salas, 2020).

El principio de beneficencia puede generar situaciones dilemáticas, en donde el acto de beneficencia se contrapone con perjuicios intrínsecamente relacionados con el beneficio por alcanzar, en donde el paciente o su representante conjuntamente con el profesional de la salud considere al daño como inferior en relación con el beneficio por obtener y esté dispuesto a asumirlo (López Vélez y Zuleta Salas, 2020).

4.4.3 Principio de No Maleficencia. Este principio es uno de los más antiguos en la medicina hipocrática, e implica no hacer daño al paciente; por lo que constituye la formulación negativa del principio de beneficencia que nos obliga a promover el bien. Los mandatos que incluye el principio de no maleficencia son no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no privar de placer, ni discapacidad evitable. Las responsabilidades comprometidas se basan en ejecutar un análisis riesgo-beneficio frente a toda toma de decisiones involucradas en el área de la salud, así como evitar la prolongación innecesaria de la vida. La diferencia con el principio de beneficencia, radica en que este propone hacer el bien al paciente, sin embargo, en este proceso existe la posibilidad de encontrarse con complicaciones no previstas que eventualmente produzcan una afección directa o indirecta (Zerón, 2019).

El principio de no maleficencia no debe interpretarse de forma individual, pues muchos de los que hacer en el área de salud pudiesen conllevar daño o sufrimiento, así como riesgos al paciente, sin embargo, se justifican en razón de los beneficios que puedan generar, que por supuesto deben superar al dolor y la discapacidad (Zerón, 2019).

4.4.4 Principio de Justicia. La justicia, para muchos griegos y filósofos constituye el elemento fundamental de la sociedad, consideran que algo es justo cuando su existencia no interfiere con el orden al cual pertenece, el que cada cosa ocupe su lugar. El principio de justicia y equidad surge a partir de pensadores del ámbito de la salud, centrada en la igualdad de los seres humanos desde una óptica formal que permita ayudar a aquellos con mayor dificultad para el acceso a salud secundario a desigualdades económicas y sociales. Con la finalidad de que las leyes y servicios se organicen de forma que se pueda otorgar el mismo beneficio a todo individuo (Rodríguez, 2018)

Este principio se fundamenta en la perspectiva de la salud como un derecho humano universal cuya garantía recae en brazos de la sociedad o el estado, está relacionado con el precepto moral de otorgar a cada persona lo que necesita. En base a esto nacen diversas responsabilidades como distribuir equitativamente los recursos, proporcionar niveles de atención apropiados a cada paciente y disponer de las herramientas y recursos necesarios para llevar a cabo lo propuesto. Según mencionaba Platón, la justicia distributiva consiste en el reparto de fortuna y todo aquello susceptible de ser repartido entre miembros de una sociedad de forma equitativa, sin embargo, para llevar a la práctica esto, se debe reflexionar la conexión del principio de justicia con la economía, es decir, la disposición de los medios necesarios para garantizar la salud; desgraciadamente en innumerables sociedades justicia y economía se contraponen (Sánchez-Caro, 2019).

4.5 Principios de la relación médico paciente

4.5.1 Confidencialidad. Se define como el derecho del paciente de que se respete el secreto en la información proporcionada al médico, durante la RMP. Este principio incluye varios conceptos: la relación médico-paciente debe realizarse en privado. En algunos casos puede permitirse la presencia adicional de médicos residentes o estudiantes, sin embargo, si el paciente exige privacidad, se le debe otorgar (González, 2018).

El secreto profesional está consagrado desde Hipócrates hasta las leyes vigentes, el incumplimiento de esta disposición puede dar lugar a demandas legales, esta obligación incluye la prohibición de realizar comentarios en conversaciones informales. El médico sólo podrá ser absuelto del deber de guardar el secreto profesional si el paciente así lo considera o por orden judicial. La información contenida en el expediente clínico tanto físico como electrónico, también está sujeta al principio de confidencialidad, por lo cual todas las personas que lo manejen están legalmente obligadas guardar el secreto (González, 2018).

Cuando el médico requiera apoyo para explorar al paciente o éste sea de un género diferente al del médico, es indispensable la presencia de una enfermera. En caso de no contarse con enfermera, en estas condiciones, el médico puede negarse a practicar una exploración (González, 2018).

4.5.2 Honestidad. Una de las tareas más importantes del médico es mantener informado a su paciente de manera detallada y veraz acerca de todo lo concerniente a su patología: causas, factores de riesgo, exámenes diagnósticos, posibilidades terapéuticas, evolución y pronóstico. Con la finalidad de que el paciente se involucre en el proceso y sea capaz de

tomar decisiones, basándose en el principio de la autonomía, lo que a su vez influirá en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Esta información a los pacientes debe alcanzar también los efectos adversos que potencialmente se puedan producir o que hayan tenido lugar como consecuencia de errores o incidentes. La medicina, al contrario de la creencia popular, es susceptible de equivocaciones, errar es de humanos y los médicos no están exentos de esta posibilidad dentro de su vida profesional. Por lo tanto, un valor derivado de este principio es la humildad, el médico es responsable de analizar las causas de sus posibles errores, en lugar de ignorarlos o descartarlos, y aceptar las consecuencias de ellos con responsabilidad (Ramos-Duharte, Robinson-Jay, Reyes-Arencibia, Salgado-Escalona, y Ramos-De-la-Cruz, 2021).

4.5.3 Empatía. La medicina ha sido y es una actividad sumamente compleja y de un alto contenido emocional. Cumplir a cabal el rol de buen médico en la actualidad se considera un suceso heroico, pero no individualista, pues requiere conexión con otros elementos del equipo de salud (trabajo social, enfermería, colegas, técnicos en los distintos campos de diagnóstico, entre otros). Es una actividad que acarrea consigo un componente emocional muy intenso desde los años de formación hasta el escenario de enfrentarse a un individuo que padece una enfermedad, a su realidad y su entorno social, como individuos que comprenden las consecuencias de las alteraciones en la salud o que sufren las limitaciones producto de las enfermedades, y observan a los que sienten dolor o a quienes deben entender la existencia de efectos secundarios, de secuelas o complicaciones y algunos incluso a la eventual muerte. Sucesos que acechan constantemente, que con gran dureza afectan hasta devastar a quienes al practicar la medicina o recurrir a ella se involucran en estos procesos, conduciendo a muchos a cuadros depresivos o a fatigas emocionales o fisiológicas, haciéndolos incapaces de recordar eventos tan o más importantes que los mencionados; como el hecho de que atender y entender la preservación de la salud proporciona grandes satisfacciones. Por otra parte, desde tiempos inmemoriales se han observado errores de diferentes causas en su ejercicio, la mayoría de ellos triviales, pero algunos con consecuencias catastróficas. Se han descrito diversas alternativas para conseguir evadir estos eventos, muchas de ellas basadas en estatutos complejos y objetivos varios, otras con objetivos específicos, muchas veces conducidos por entes gubernamentales, otros por organizaciones particulares, religiosas, etcétera. Ninguno de estos caminos es único, todos convergen en una meta común: la seguridad y calidad en la atención médica. Al analizar la

progresión de estos caminos y como convergen en una vía común, es posible concebir una atención médica segura, de gran calidad y brindada con calidez (Santana, 2017).

El acto médico es el momento de encuentro con el paciente, que se siente siempre amenazado por situaciones cuya importancia para él es siempre enorme, ya sea porque los desconoce, porque afectan su seguridad, su orgullo personal, o porque le producen miedo. Mismo que se presenta muchas veces acompañado por su familia, llevando con él un problema que afecta su salud y que se acerca a un profesional preparado que intenta definir (o diagnosticar) el problema, informarlo y decidir las acciones a seguir. En ese momento dicho paciente debe mostrarse, desnudarse, no sólo física sino mentalmente para permitir que se conozcan todas sus intimidades. Este instante que no se presenta en ningún otro encuentro profesional (ni con personas que sean ministros de religiones) es de apertura, confianza, esperanza, entrega, y de una sublimidad infinita. Para que el acto médico se logre con éxito debe entenderse que además de la formación del médico, es necesario que en esos encuentros el paciente perciba la compasión del profesional, la cual no significa lástima, sino que implica acompañar al paciente y a su familia, entender sus dudas expresadas a veces con mucha dificultad al vencer sus limitaciones y desnudarse. La empatía es un valor que robustece la actitud del médico, alivia las aflicciones y estimula el afán por superarse y actualizarse persistentemente (Santana, 2017).

La empatía nace ante el ejemplo, se va fortaleciendo con la práctica clínica, se experimenta de forma continua y se vive. Es entonces parte del currículum oculto de cada individuo. Tradicionalmente la medicina se enseña a través de todos los que la practican, de ahí la importancia del ejercicio de la empatía en ese continuo aprendizaje del cual nace y se fortalece la motivación, la pertenencia, el orgullo, la autosatisfacción, la gratitud y la compasión. Sí la materia en la que se enseña está presente subliminalmente desde la educación en la familia y continúa en las escuelas oficiales a las que se asiste a lo largo de la formación profesional, desde la educación primaria hasta los sucesos de auto aprendizaje que acompañan al médico durante todo su ejercer (Santana, 2017).

4.5.4 Confianza. La confianza corresponde a una manifestación, con connotaciones cognitivas y afectivas. Las definiciones son varias, pero todos concuerdan en que se entiende como la creencia de que una persona en relación nuestra obrará por el interés común o no nos perjudicará. En la RMP, se ha estudiado desde la perspectiva del paciente y se define como la aceptación de que el médico velará por los mejores intereses de su paciente y no se aprovechará de su vulnerabilidad. Es decir, es la expectativa de que el profesional de salud

actuará de forma benevolente o, al menos, no dañina. Este principio constituye uno de los pilares sobre los que se sustenta la relación con el paciente, pues en varios estudios se ha observado que aquellas personas que confían en su médico, tienen un mayor deseo de acceder al sistema de salud, mayor posibilidad de obtener una atención eficaz, de seguir las recomendaciones del médico y presentar mayor satisfacción con la misma (Vargas, Soto, Hernández y Campos, 2020).

Acciones que permiten estimar el grado de confianza que el paciente tiene hacia su médico son la fidelidad hacia el mismo, continuando su atención de forma periódica con el mismo profesional. Recomendar la atención con el médico a sus familiares y amigos. Establecer una comunicación abierta, otorgando al profesional información verídica. Por otro lado, se ha visto que algunas cualidades del médico, como ser comprensivo, incentivar al paciente a realizar preguntas y contestarlas, reconfortar al paciente, demostrar aptitud técnica; se relacionan de forma directa con la confianza generada en él (Vargas, Soto, Hernández y Campos, 2020).

4.5.5 Participación. La enfermedad plantea al paciente un conjunto de decisiones que éste debe de tomar para hacerla frente, desde comprender que necesita ayuda, decidir a qué médico acudir, elegir entre las opciones terapéuticas, buscar una segunda opinión y firmar el consentimiento informado. Para que el paciente pueda participar en la toma de decisiones se deben dar una serie de condiciones: que el paciente desee información sobre su estado de salud y pronóstico, que quiera intervenir en las decisiones sobre qué debe hacerse, que entienda la información que le facilita el médico y que la participación del paciente en la toma de decisiones se demuestre útil (Padilla-Garrido, Aguado-Correa, Ortega-Moreno, J. y Bayo-Lozano, 2017).

Las formas de participación de los pacientes son: haciendo uso de su capacidad de elección de centro o de especialista (este tipo de elección se convierte en un elemento satisfactorio para el paciente, y en un factor de contribución a la mejora de la calidad asistencial), facilitando al clínico la información e interviniendo conjuntamente en la elección de la terapia, involucrándose en actividades de educación sanitaria, evaluando los cuidados recibidos, contribuyendo en los autocuidados de salud, realizando sugerencias y reclamaciones (Padilla et al., 2017)

4.5.6 Humanización. El concepto de humanizar incluye la relación con el otro, compartir una comunidad y el contacto empático; el humanismo es aquella actitud que se hace cargo de la humanidad de las personas, permitiendo mediante esta función, el surgimiento de una

vida arraigada y auténtica. Los progresos de la ciencia de los últimos decenios impactaron tanto en los diagnósticos como en los tratamientos, pero también han desembocado en la aplicación de técnicas que en muchas ocasiones resultan intrusivas para los pacientes. Simultáneamente al avance tecnológico, se ha encarecido el costo de las prácticas y se ha incrementado el número de demandas por mala praxis médica, produciéndose un quebranto en la RMP, lo que trae como consecuencia vínculos cada vez más deshumanizados y deshumanizantes involuntarios (Castro et al., 2018).

Un requisito deontológico enmarcado en este principio es que nunca debe considerarse a un paciente como un objeto. Los servicios de salud no deberían ser centros de negocios, ni los profesionales, trabajadores de una línea de montaje. La comercialización de la salud lleva a la decadencia de la misma, tanto material como moral. En la medicina sustituida por la técnica e invadida por el enfoque mercantilista, el paciente percibe por parte del médico un interés primario de tipo económico, en tanto que al profesional de la medicina le obligan a dar garantía de los resultados, sin objeciones ni errores involuntarios (Castro et al., 2018).

4.5.7 Respeto. El respeto es el pilar en todas las relaciones humanas, y la RMP no es la excepción, este proviene de lo anímico-corporal del ser humano como agente activo con proyectos de felicidad que necesitan ser respetados al momento de cuidar. Debe emerger naturalmente el respeto por la autonomía del sujeto, en donde la beneficencia se manifiesta en toda su expresión, porque una beneficencia sin autonomía es sencillamente paternalismo. El respeto es el valor y la consideración que se tiene con cada ser humano durante el acercamiento para conocer su situación, y, finalmente la dedicación para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad (Campillo et al., 2020).

4.6 Cuestionario PREMEPRA

El cuestionario PREMEPA (percepción de la relación médico-paciente), fue validado por juicio de expertos (5 especialistas en el área), y evaluado en confiabilidad (consistencia interna) por la fórmula de Kücler-Richarson ($K=0,833$, índice de fiabilidad de 91,3%), después de dos aplicaciones piloto, con un total de 70 usuarios de consultorios externos del Departamento de Cirugía y Ginecoobstetricia del mismo Hospital Daniel Alcides Carrión (Ramos-Rodríguez, 2008).

El Bloque I está conformado por 13 preguntas: la primera es una pregunta abierta que tiene como objetivo averiguar si el paciente consultó ayuda previa antes por el mismo

problema, que ahora lo trae al consultorio. Las preguntas de la 2 a la 8 son de opción múltiple (4 opciones) y se evaluaron por medio de una escala de Likert modificada (valores del 0 al 3) las actitudes y características del profesional percibidas en la consulta, en cuanto a respeto y cortesía, disponibilidad de escuchar, comprensión, sensibilidad humana, así como el grado de confianza en su capacidad profesional y la participación del paciente en la consulta. Los valores obtenidos en estas preguntas y las preguntas dicotómicas 9 a la 12 (valores 0 y 3) se convierten luego en una variable cualitativa llamada calidad de relación médico-paciente, mediante sumatoria de sus puntajes, ubicando la relación médico-paciente evaluada dentro de una de tres categorías. Se definió una relación médico-paciente adecuada como aquella que lograba un puntaje mayor o igual a 15; relación médico-paciente inadecuada, aquella con puntaje menor o igual a 8; y, relación médico-paciente medianamente adecuada, las de puntaje intermedio

La pregunta 13, acerca de satisfacción del paciente con la atención médica, fue evaluada mediante la escala vigesimal. Este valor también fue transformado a grados de satisfacción, donde muy satisfecho era un puntaje mayor de 15, poco satisfecho uno menor de 10 y medianamente satisfecho, el puntaje intermedio (Ramos-Rodríguez, 2008)

El Bloque II titulado “Datos generales del médico” incluye sexo, grupo etario, número de consultas anteriores con ese médico y elección o no del médico. Y el Bloque III titulado “Datos generales del paciente” incluye sexo, edad, tipo de paciente (nuevo, continuador) y grado de instrucción (Ramos-Rodríguez, 2008).

4.7 Escala de empatía médica de Jefferson

La Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), que originalmente fue creada para medir las orientaciones o actitudes de los estudiantes de medicina hacia las relaciones empáticas durante de la atención al paciente, se modificó posteriormente. De manera que existen 2 versiones de la misma, una aplicable a médicos y otros profesionales de la salud (versión PS) y la otra a estudiantes de medicina y otras profesiones de la salud (versión E) (Márquez, 2015).

La versión PS está más orientada hacia el comportamiento empático del médico en encuentros con el paciente e incluye 20 ítems a evaluar mediante escala tipo Likert de siete puntos (siendo 1= muy en desacuerdo y 7= muy de acuerdo), diez elementos se redactaron positivamente y los otros diez negativamente; para efectos de su tabulación, las preguntas con sentido negativo se invierten mediante el procedimiento 8-X, donde «X» corresponde al valor asignado a la pregunta (Márquez, 2015).

Los niveles de empatía están en relación directa con los puntajes obtenidos, pudiendo ser 20 puntos el menor y 140 puntos el máximo, y de acuerdo a los percentiles se ubica al evaluado en baja, media y alta empatía (Márquez, 2015).

Los 20 ítems de la EEMJ evalúan tres aspectos: toma de perspectiva (descrita como la característica cognitiva central de la empatía) que se evalúa con las 10 primeras preguntas realizadas en sentido positivo. La atención o cuidado compasivo, que incluye ocho elementos redactados negativamente. Y, por último, ponerse en los zapatos del paciente, que incluye 2 elementos redactados en modo negativo (Márquez, 2015).

Se determinó su validez de constructo, de criterio, consistencia interna y estabilidad de puntuaciones, estableciéndose correlación significativa, esta escala fue validada en México por Alcorta-Garza, González, Tavitas, Rodríguez, & Hojat (2005), con estudiantes encontrándose además confiabilidad y consistencia interna.

Y en profesionales de la salud, específicamente residentes de un hospital en Perú por Mayo, Quijano, Ponce y Ticse Ray (2019) quienes encontraron un coeficiente alfa de Cronbach de 0,82, demostrando que la escala cuenta con validez de construcción, es decir que mide lo que pretende medir, es convergente y discriminante.

5. Metodología

El presente estudio se realizó en usuarios del área de consulta externa del Centro de Salud Miraflores de la ciudad de Loja ubicado en las calles Guajiros y Cañarís, perteneciente al barrio Miraflores, de la parroquia “Sucre”, al oeste de la ciudad de Loja.

5.1 Enfoque

Cuantitativo.

5.2 Tipo de diseño utilizado

El estudio realizado correspondió a una investigación de campo de tipo descriptivo, correlacional de cohorte transversal prospectivo.

5.3 Unidad de estudio

La unidad de estudio la constituyeron pacientes mayores de 18 años que acudieron al área de consulta externa del Centro de Salud Miraflores de la ciudad de Loja. Y las profesionales médicas que atienden en dicha unidad de salud.

5.4 Universo y Muestra

El universo y la muestra estuvo conformada por 194 usuarios y 4 profesionales médicas que atendieron en el servicio de consulta externa del Centro de Salud Miraflores, durante el período diciembre-enero de los años 2020-2021.

5.5 Criterios de inclusión

Usuarios del servicio de consulta general.

Médicos del servicio de consulta general.

Usuarios y médicos que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

Usuarios mayores de 18 años.

5.6 Criterios de exclusión

Usuarios con patologías psiquiátricas o con algún tipo de deterioro físico o cognitivo que no puedan responder a la encuesta.

Usuarios y médicos de consulta especializada.

Pacientes que asisten por vacunación.

5.7 Técnicas

La información presentada fue obtenida mediante la aplicación de dos encuestas: la escala de empatía médica de Jefferson a los médicos del centro de salud Miraflores de la ciudad de Loja; y el cuestionario PREMEPA a los usuarios del mismo centro.

5.8 Instrumentos

5.8.1 Consentimiento informado (Anexo 1). Este consentimiento fue dirigido a los usuarios del servicio de consulta externa del centro de salud Miraflores a quienes se los invitó a participar en el estudio denominado: “Relación médico paciente en el centro de salud Miraflores de la ciudad de Loja”.

Este documento cuenta con la siguiente información del estudio: investigador, director de tesis, introducción, propósito, tipo de intervención de la investigación, selección de participantes, participación voluntaria, beneficios, riesgos, confidencialidad, compartiendo los resultados, derecho a negarse o retirarse, a quién contactar, nombre del participante, firma del participante y fecha

5.8.2. Cuestionario PREMEPA (Anexo 2). El cuestionario PREMEPA (percepción de la relación médico-paciente), diseñado y validado por Ramos C. (2007) es una encuesta desarrollada con la finalidad de valorar la satisfacción de los pacientes en relación a la atención brindada por el médico, está conformado por tres bloques, el primero denominado “Percepción de la relación médico paciente (RMP)”, el segundo “Datos generales del médico”, y el tercero “Datos generales del paciente”. Para construir los rangos de la percepción de la RMP, se utilizó la fórmula de Statones, con lo cual se establecieron 3 niveles: RMP buena ≥ 15 ; RPM regular 9-14; y RMP mala ≤ 8 .

5.8.3. Escala de empatía médica de Jefferson (Anexo 3). La escala de empatía médica de Jefferson validada por Alcorta-Garza, González, Tavitas, Rodríguez, & Hojate en el año 2005. En su versión PS está orientada hacia el comportamiento empático del médico en encuentros con paciente e incluye 20 ítems a evaluar mediante escala tipo Likert de siete puntos (siendo 1= muy en desacuerdo, 7= muy de acuerdo), 10 elementos se redactaron positivamente y los otros 10 negativamente; para efectos de su tabulación, las preguntas con sentido negativo se invierten mediante el procedimiento 8-X, donde «X» corresponde al valor asignado a la pregunta, Los niveles de empatía están en relación directa con los puntajes obtenidos, pudiendo ser 20 puntos el menor y 140 puntos el máximo, y de acuerdo a las percentiles se ubica al evaluado en baja, media y alta empatía.

5.9. Procedimiento

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se solicitó la aprobación (Anexo 1) y pertinencia (Anexo 2) del proyecto a la dirección de la carrera de Medicina Humana, posteriormente se solicitó la designación del director de tesis (Anexo 3) y una vez asignado el director, se realizaron los trámites legales correspondientes dirigidos a solicitar la autorización para la recolección de datos a las autoridades del Centro de Salud Miraflores de Loja (Anexo 4). Para el proceso de recolección de datos se asistió en el horario de atención del centro de salud, de 8h00 a 16h00, el siguiente paso consistió en identificar a los participantes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la muestra con la que se realizó el estudio y se les socializó el consentimiento informado. Posteriormente se les explicó cómo proceder a llenar cada apartado de la encuesta y se resolvió las dudas existentes relacionadas a la investigación o al llenado del cuestionario, cabe mencionar que en el caso de pacientes analfabetos la investigadora procedió a llenar la hoja de información. Con toda la información recolectada, se hizo una tabulación y análisis estadístico de la misma en el programa Excel y SPSS.

5.10 Equipos y materiales

- Laptop
- Impresora
- Material de escritorio
- Cuestionario PREMEPRA y escala de empatía médica de Jefferson.

5.11 Análisis estadístico

Una vez recolectados los datos, se llevó a cabo la tabulación y análisis de los mismos utilizando las herramientas tecnológicas: Excel 2016 y SPSS (PASW Statistics 18), mediante las cuales se elaboró una base de datos, en la que luego se efectuaron las pruebas estadísticas necesarias para conocer la distribución de la población y la significancia estadística de los resultados.

6. Resultados

6.1 Resultados para el primer objetivo

Caracterizar por edad y sexo la percepción sobre la relación médico-paciente en usuarios del centro de salud Miraflores.

Tabla 1

Percepción de la relación médico-paciente de acuerdo a edad y sexo en usuarios del centro de salud Miraflores de la ciudad de Loja

Relación médico paciente	Sexo												Total	
	F						M							
	18-39 años		40-64 años		65 años y más		18-39 años		40-64 años		65 años y más		f	%
Adecuada	91	46,91	39	20,10	13	6,7	18	9,28	16	8,25	7	3,61	184	94,85
Medianamente adecuada	7	3,61	1	0,52	0	-	1	0,52	0	-	1	0,52	10	5,15
Inadecuada	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	98	50,52	40	20,62	13	6,70	19	9,79	16	8,25	8	4,12	194	100

Fuente: cuestionario PREMEPA.

Elaboración: Ana Belén Pinzón Paladines

Análisis: De los usuarios que acudieron al centro de salud por atención médica 194 personas aceptaron participar en este estudio, 78% fueron mujeres (n=151) y 22% hombres (n=43). De este total, 9,28% (n=18) corresponde a adolescentes de 18 y 19 años, 94,4% (n=17) de sexo femenino y 5,6% (n=1) de sexo masculino. La percepción de la relación médico-paciente (RMP) fue adecuada en 94,85% (n=184) pacientes y medianamente adecuada en 5,15% (n=10). De acuerdo a las variables de estudio el mayor porcentaje de pacientes que perciben una RMP adecuada se presenta en el sexo femenino y en los grupos de adulto joven y adulto maduro, porcentajes relacionados con la cantidad de usuarios de estos grupos que acudieron al centro de salud Miraflores. En relación a los pacientes que perciben una RMP medianamente adecuada, el mayor porcentaje se encuentra en pacientes adultos jóvenes de sexo femenino (3,61%), el resto de grupos de edad presenta un porcentaje similar (0,52%), con excepción de mujeres adultos mayores y hombres adultos maduros, que no perciben este tipo de relación. Mediante la prueba exacta de Fisher se determinó que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la variable sexo (p=0,612) ni edad (p=0,36) en cuanto a la percepción de la RMP.

6.2 Resultados para el segundo objetivo

Identificar por edad y sexo el nivel de empatía que presentan los médicos en el centro de salud Miraflores.

Tabla 2

Niveles de empatía médica de acuerdo a edad y sexo en médicos del centro de salud Miraflores de la ciudad de Loja

Edad del médico	Nivel de empatía de acuerdo a la EEMJ				
	n	%	M	DE	p
30-34 años	2	50%	123,5	9,19	0,946
35-40 años	2	50%	124	1,41	
Total	4	100			

Fuente: Escala de Empatía Médica de Jefferson

Elaboración: Ana Belén Pinzón Paladines

Análisis: Cuatro profesionales médicos laboran en el Centro de Salud Miraflores, todas mujeres. En el grupo de edad de 30 a 34 años se encontró un puntaje medio de empatía de 123,5, similar a la media encontrada en el grupo de 35 a 40 años cuyo valor es 124. Según el resultado de la prueba T, la diferencia entre la empatía y la edad del médico no es estadísticamente significativa ($p=0.946$). El puntaje de empatía obtenido en todas las médicas encuestadas se clasifica como alto; se considera que estos niveles elevados de empatía están en relación con la especialidad propia de estas profesionales, pues tres de ellas poseen un título en medicina familiar, especialidad orientada al cuidado del paciente y caracterizada por presentar elevados niveles de empatía entre los médicos.

6.3 Resultados para el tercer objetivo

Reconocer la asociación entre la empatía por parte del médico y la percepción de la relación médico paciente en usuarios del centro de salud Miraflores.

Tabla 3

Relación entre la percepción de la relación médico paciente y la empatía del médico en el centro de salud Miraflores de la ciudad de Loja

Valor obtenido en la EEMJ	Percepción de la relación médico paciente						p valor
	Adecuada		Medianamente adecuada		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Médico 1 (117)	18	100	0	-	18	9,28	
Médico 2 (123)	20	90,91	2	9,09	22	11,34	
Médico 3 (130)	67	93,06	5	6,94	72	37,11	0,468
Médico 4 (125)	79	96,34	3	3,66	82	42,27	
Total	184	94,85	10	5,15	194	100,00	

Fuente: cuestionario PREMEPA y escala de empatía médica de Jefferson

Elaboración: autoría propia

Análisis: todas las médicas del Centro de Salud Miraflores presentaron puntajes sobresalientes en la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), concordante a esto, se observa un porcentaje elevado de pacientes que perciben una relación médico-paciente (RMP) adecuada en correspondencia al total de pacientes atendidos por cada profesional. Siendo 100% (n=18) del total en el médico 1; 90,91% (n=20) en el médico 2; 93,06% (n=67) en el médico 3 y 96,34% (n=79) en el médico 4. Al obtener únicamente valores clasificados como empatía alta, el valor p obtenido resulta mayor a 0,05, lo que no permite establecer una relación estadísticamente significativa entre la empatía médica y la percepción de la RMP, al no presentar un grupo de comparación.

7. Discusión

La empatía médica como una de las competencias fundamentales en el aprendizaje de la medicina, se ha asociado con una mejor relación médico-paciente, ya que facilita la toma de información, posibilita diagnósticos más precisos, mejor adherencia terapéutica, mayor satisfacción del paciente y, por tanto, mejores resultados a nivel institucional. Considerándose a aquellos médicos más empáticos, como los más solicitados en las instituciones de salud públicas y privadas. En el presente estudio se tuvo como objetivo evaluar esta relación en un centro de salud de atención primaria en la ciudad de Loja, y conocer cómo se relacionan la empatía médica y la percepción de la relación médico-paciente por parte de los usuarios.

En cuanto a la relación médico-paciente (RPM) se encontró que 94,85% de los usuarios del Centro de Salud Miraflores manifestaron percibir una RPM adecuada, 5,15% medianamente adecuada y, no se encontraron pacientes que perciban una RPM inadecuada. Valores no esperados por la autora que, sin embargo, se asemejan a aquellos obtenidos en otras instituciones como el Hospital Vozandes Quito, donde se encontró una percepción adecuada de la RPM en 99,6% de los usuarios (Vicuña y Velasco, 2018), pHospital Regional de Oviedo en 91,3% (Espínola et al., 2018), hospitales de Tamaulipas, México en 73.3% (Bernal, Pedraza y Lavín, 2018), y Hospital Carrión en 92.3% (Ramos, 2008).

No se observaron diferencias significativas en cuanto a la percepción de la RPM, de acuerdo al sexo ni edad, lo cual discrepa de un estudio realizado en Lima, Perú, donde se observó una adecuada percepción de la RPM asociada significativamente al grupo de edad entre 18-35 años ($p=0,0001$) y al sexo femenino ($p=0.006$) (Mendoza, Ramos y Gutierrez, 2016).

Al valorar la empatía médica de acuerdo a la escala de empatía médica de Jefferson, se observaron niveles elevados de empatía en las profesionales del mencionado centro de atención primaria, con valores de 123,5 en edades de 30 a 34 años y de 124 en edades de 35 a 40 años, similar a los datos obtenidos por (Mayo *et al.*, 2018) donde la media del puntaje obtenido fue 112.88. cabe recalcar que se contó exclusivamente con médicos del sexo femenino y, que se ha observado en estudios como el realizado por (San Martín et al., 2017) en médicos españoles y latinoamericanos una mayor orientación empática en las mujeres (123) respecto de la observada en varones (118), diferencia estadísticamente significativa

($p = 0,03$). Sin embargo, en este estudio al no poseer un grupo de comparación masculino, no se pudo establecer si existen diferencias en la empatía médica relacionadas con el sexo. Además, las médicas encuestadas tienen su titulación en medicina familiar, especialidad clasificada como orientada al cuidado del paciente, cuyos profesionales obtienen durante su formación mayores niveles de empatía en comparación a aquellas especialidades orientadas a la tecnología (Park et al., 2016).

No se observaron diferencias significativas en la empatía de acuerdo a la edad; sin embargo, las edades presentadas en las profesionales no distan de manera importante entre sí, clasificándose todas en el grupo de edad de adulto joven. Hallazgos compatibles con un estudio realizado en un centro de salud en Castellón, España, en el que el grupo de edad que obtuvo el mayor puntaje de empatía, lo constituyeron médicos menores a 45 años, presentando diferencias estadísticamente significativas con el grupo de mayor edad. (Bellido & Cuevas, 2016), y otro similar efectuado en una Unidad Docente de Atención Primaria en Madrid, en donde se evidenció que las puntuaciones de la empatía emocional de los participantes eran menores en aquellos de mayor edad (Blanco et al., 2016).

Por último, históricamente la empatía médica se ha relacionado con una adecuada relación médico-paciente, afianzándose gracias a estudios como el realizado por (Cánovas et al., 2018) en el que el impacto de la empatía en la relación médico-paciente se asoció a mejores resultados terapéuticos. Sin embargo, en el presente estudio al contar exclusivamente con valores de empatía alta, no se lograron establecer diferencias estadísticas entre el nivel de empatía y la percepción de la RMP. Empero, se podría suponer que la percepción adecuada de la RMP en más del 90% de usuarios puede atribuirse a estos altos niveles de empatía presentados por los médicos.

8. Conclusiones

La percepción de la relación médico-paciente fue adecuada en casi la totalidad de usuarios del Centro de Salud Miraflores de la ciudad de Loja, el mayor porcentaje de encuestados lo constituyeron usuarios de sexo femenino y adultos jóvenes, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo y edad.

Todas las médicas presentaron puntajes catalogados como empatía alta, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad y, al no presentarse una contraparte masculina, no se logró realizar una caracterización de la empatía de acuerdo al sexo.

Los niveles elevados de empatía encontrados en los médicos del centro de salud podrían atribuirse a la gran cantidad de pacientes que perciben una relación médico-paciente adecuada; sin embargo, al no presentarse grupos de comparación en cuanto a los niveles de empatía médica, no se puede establecer estadísticamente si esta relación es significativa.

9. Recomendaciones

Al profesional de salud señalar que, a través de diversos estudios, la empatía se ha asociado de forma positiva a la percepción de la relación médico-paciente (RPM), lo que a su vez facilita la toma de información, permite diagnósticos más precisos y mejora la adherencia terapéutica, aumentando la satisfacción del paciente y volviendo al médico más eficiente. Durante el ejercicio de la profesión la empatía adquiere un valor no solo personal, sino también instrumental, por lo que debería primar una capacitación continua en habilidades que aumenten la empatía como son la adquisición de perspectiva, cuidado compasivo y ponerse en los zapatos del paciente.

A las instituciones de salud, fomentar la empatía en la formación médica; la implementación de un programa de técnicas de comunicación, relaciones interpersonales y la generación de una ética laboral, que no sólo incluya a médicos, sino también a los demás trabajadores de la salud, permitiría una optimización de los recursos y la creación de una cultura de calidad orientada al cuidado del paciente, disminuyendo las demandas y los costos a nivel sanitario.

Para futuras investigaciones, contar con un mayor abanico de variables en el profesional de salud, enriquecería tanto la valoración de la percepción de la RMP como de la empatía médica en diversas instituciones. La distinción de las mismas de acuerdo al sexo, grupos de edad, especialidad, años de experiencia, entre otras, permitirían reconocer las fortalezas y debilidades en los actos médicos de los distintos grupos, visualizar la presencia o no de una relación significativa e identificar, si existiesen, ámbitos que requieran intervenciones para la satisfacción del paciente.

10. Bibliografía

- Aguilar Fleitas, B. (2017). La relación médico-paciente: Dimensiones. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 29(3), 290-294. Recuperado de [https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57383#:~:text=%3B%2020%20\(1\)-,Las%20tres%20dimensiones%20de%20la%20comunicaci%C3%B3n%20m%C3%A9dico,biom%C3%A9dica%2C%20emocional%20e%20identidad%20cultural](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57383#:~:text=%3B%2020%20(1)-,Las%20tres%20dimensiones%20de%20la%20comunicaci%C3%B3n%20m%C3%A9dico,biom%C3%A9dica%2C%20emocional%20e%20identidad%20cultural)
- Alcorta-Garza, A., González, J. F., Tavitas, S. E., Rodríguez, F. J., y Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud mental*, 28(5), 57-63. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000500057&lng=es&tlng=es
- Ávila-Morales, J. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30(2), 216-229. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180550477011>
- Baza Bueno, M., Serrano Fernández, E., Calderón Gómez, C., Fernández de Sanmamed Santos, M. J., Aragón Martín, B., Cabrera Brufau, C. y Urquiza Bengoa, M. (2019). Las “consultas sagradas” en Atención Primaria: ¿Cómo podemos mejorar la atención a la dimensión emocional? *International Journal of Integrated Care*, 19(4). doi: 10.5334/ijic.s3081
- Beca Infante, J. P. (2017). La autonomía del paciente en la práctica clínica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(4), 269-271. doi: 10.4067/S0717-73482017000400269
- Bernal, I., Pedraza, N., y Lavín, J. (2016). Calidad percibida de los servicios de salud por usuarios afiliados al seguro popular. *Centro de Innovación y Transferencia del Conocimiento-Universidad Autónoma de Tamaulipas*, 2 (1). Recuperado de <http://www.web.facpya.uanl.mx/vinculategica/Revistas/R2/630-654%20-%20Calidad%20percibida%20de%20los%20servicios%20de%20salud%20por%20usuarios%20afiliados%20al%20seguro%20popular.pdf>
- Blanco Canseco, J.M., Valcárcel Sierra, C., Guerra Jiménez, M., Ortigosa Rodríguez, E., García López, F., Caballero Martínez, F. (2020). Empatía médica en residentes y tutores de medicina familiar y comunitaria. La visión del profesional y del paciente. *Atencion primaria*, 52(3): 185-192. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7063160/>
- Campillo, B., Corbella, J., Gelpi, M., Martínez, E., Viciano, M., Montiel, J., y Alonso, M. (2020). Percepción del respeto y mantenimiento de la dignidad en pacientes hospitalizados. *Acta bioethica*, 26(1), 61-72. doi:10.4067/S1726-569X2020000100061

- Cánovas, L., Carrascosa, A., García, M., Fernández, M., Calvo, A., Monsalve, V., y Soriano, J. (Julio de 2018). Empathy Study Group, Impact of Empathy in the Patient-Doctor Relationship on Chronic Pain Relief and Quality of Life: A Prospective Study in Spanish Pain Clinics. *Pain Medicina*, 19(7). doi: 10.1093/pm/pnx160
- Carrera M., M. T., García G., A. D., y Peñate H., J. I. (2017). Pertinencia de la identidad cultural en el proceso de formación del médico. *Universidad y Ciencia*, 7(1). Recuperado de <https://revistas.unica.cu/index.php/uciencia/article/view/1044/0>
- Castro, L. R., Gubert, I. C., Duro, E. A., Cudeiro, P., Sotomayor, M. A., Estupiñan, E., y Sorokin, P. (2018). Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal [Humanization: A Conceptual and Attitudinal Problem]. *Revista Iberoamericana de bioética*. doi: 10.14422/rib.i08.y2018.002
- Espínola, C., Ocampos, C., Quintana, L., y Escobar, J. (2018). Percepción de la relación médico-paciente por parte de los usuarios ambulatorios del Hospital Regional de Coronel Oviedo. *CIMEL*, 23(2). doi: 10.23961/cimel.v23i2.1094
- Fernández Trujillo, A. (2019). Las decisiones médicas son cosa de dos. *Investigación y ciencia*, 516. Recuperado de <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/las-redes-de-la-mente-776/las-decisiones-mdicas-son-cosa-de-dos-17788>
- González, C. (2018). Intimidad y confidencialidad en el ámbito sanitario. Una perspectiva ética. *CONAMED*, 25(3), 123-128. doi: 10.35366/95984
- Indacochea-Cáceda, S. (2017). Reflexiones sobre la relación médico paciente. *Rev. Fac. Med. Hum.*, 17(1), 84-88. Recuperado de <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/753>
- Juestas C., R., Álvarez A., M., Otero del Castillo, B., y García M., B. (2020). La importancia del Modelo Biopsicosocial frente al Modelo Biomédico en el Trabajo Social Sanitario. *Ocronos*. Recuperado de <https://revistamedica.com/modelo-biopsicosocial-biomedico-trabajo-social-sanitario/>
- López Vélez, L. E., y Zuleta Salas, G. L. (2020). El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas. *Franciscanum*, 62, 13-14. Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi8tb7ZjuH0AhXktTEKHWVYDj0QFnoECAwQAw&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.co%2Fpdf%2Ffrcn%2Fv62n174%2F0120-1468-frcn-62-174-7.pdf&usg=AOvVaw18Uy1qW8UggI38nqsyXS6L>

- Lugo, E. (2020). Relación médico-paciente, encuentro y sus modelos. *Enciclopedia de bioética*. Argentina. Recuperado de <https://enciclopediadebioetica.com/mod/page/view.php?id=3387>
- Mayo, Gualber V., Quijano, Eberth G., Ponce, Daniel A., y Ticse Ray (2019) Utilización de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Residentes que realizan su especialización en un hospital peruano. *Revista Neuropsiquiatría*, 82(2): 131-140. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-
- Márquez Hernández, A. (2015). *Empatía y satisfacción de la "Relación médico-paciente" en la UMF No. 66 de Xalapa, Veracruz*. (Tesis de posgrado). Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar, Universidad Veracruzana, Veracruz, México.
- Mendoza F., A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Scielo*, 63(4), 555-564. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322017000400007&lng=es&tlng=es
- Mendoza, C., Ramos-Rodríguez, C., y Gutierrez, E. (2016). Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 16(1), 14-19. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100003&lng=es&tlng=es
- OMS. (agosto de 2019). Cuando el paciente es el experto: medición de la experiencia del paciente y su satisfacción con la atención sanitaria. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 97(8), 513-580. doi: 10.2471/BLT.18.225201
- Padilla-Garrido, N., Aguado-Correa, F., Ortega-Moreno, M., J., y Bayo-Lozano, E. (2017). La toma de decisiones compartidas desde la perspectiva del paciente oncológico: roles de participación y valoración del proceso. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(1), 25-33. doi: 10.23938/assn.0003
- Park, C., Lee, Y., Hong, M., Jung, C., Synn, Y. y Kwack, Y. (2016) Multicenter Study Investigating Empathy and Burnout Characteristics in Medical Residents with Various Specialties. *J Korean Med Sci*, 21(4): 590-597. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27051244/>
- Parra, G. y Cámara, R. (2017). Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investigación en Educación Médica*, 24(6): 221-227. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505716300783#:~:text=de%20la%20investigaci%C3%B3n.-,Conclusiones,mayor%20grado%20escolar%20y%20edad.>

- Ramos, C. (2008). Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(1), 12-16. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832008000100003&lng=es&tlng=es.
- Ramos-Duharte, D., Robinson-Jay, F., Reyes-Arencibia, J., Salgado-Escalona, L., & Ramos-De-la-Cruz, M. (2021). Reflexiones acerca de la verdad en el contexto médico. *Revista Información Científica*, 92(4), 1-10.
- Rodríguez, J. C. (2018). Bioética: un puente entre la ciencia y el humanismo. Sindicato médico del uruguay. *Comisión del reencuentro y la amistad*, 5-6. Recuperado de <https://www.smu.org.uy/wpsmu/wp-content/uploads/2018/05/Charla-BIOETICA-2018.pdf>
- Sánchez-Agarita, J. (2017). La dimensión comunicativa en la formación del médico: una propuesta para fortalecer la relación médico-paciente. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(4), 641-648. doi: 10.15446/revfacmed.v65n4.59892
- Sánchez-Caro, J. (2019). El principio de justicia y los medicamentos biosimilares en el sistema nacional de salud. *BioSim, Asociación española de medicamentos biosimilares*, 6-10. Recuperado de https://www.biosim.es/documentos/Principio%20de%20justicia%20y%20medicamentos%20biosimilares_SanchezCaro_2019.pdf
- San-Martín, M., Roig-Carrera, H., Villalonga-Vadell, R., Benito-Sevillano, C., Torres-Salinas, M., Claret-Teruel, G. y Vivanco, L. (2017). Empatía, habilidades de colaboración interprofesional y aprendizaje médico permanente en residentes españoles y latinoamericanos que inician los programas de formación médica especializada en España. *Atención Primaria*, 49(1), 6-12. doi: 10.1016/j.aprim.2016.02.007.
- Santana, R. (2017). Reflexión: La empatía en la relación «médico-paciente». Una ruta esencial obligada. *Revista de Sanidad Militar*, 71(6), 503-506. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/sanidadmilitar>
- Vargas, I., Soto, S., Hernández, M., y Campos, S. (2020). La confianza es necesaria para interactuar con pacientes y con otros médicos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(3), 3-9. Recuperado de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1575>
- Vargas, M., y Gallardo, A. (2020). Principio de autonomía: Libertad de decidir. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 10(2), 48-49. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=95804>
- Vicuña, M. J., y Velasco, M. J. (2018). *Percepción de la calidad sobre la relación médico paciente en las personas entre los 18-64 años que acudieron a la Consulta Externa de las diferentes especialidades clínicas en el Hospital*

Vozandes Quito (Tesis de posgrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

Zerón, A. (2019). Beneficencia y no maleficencia. *Revista ADM*, 76(6), 306-307. Recuperado de :
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjVh8XMkOH0AhW-ZzABHR6JDQoQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fadm%2Fod-2019%2Fod196a.pdf&usg=AOvVaw1QrA1MsNZzz3WYLFMffp5_

11. Anexos

Anexo 1

Aprobación del tema de trabajo de titulación



UNL

Universidad
Nacional

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0041 CCM-PSH-UNL

PARA: Srta. Ana Belén Pinzón Paladines.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 22 de julio de 2020

ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA DE PROYECTO DE TESIS

En atención a la comunicación presentada en esta Dirección de la Srta. **Ana Belén Pinzón Paladines**, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba el TEMA del proyecto de tesis denominado: "Relación médico-paciente en el Centro de Salud Miraflores", por consiguiente, el estudiante deberá presentar el perfil de proyecto de investigación y solicitar su pertinencia.

Atentamente,



TANIA YERONICA
CABRERA CABRERA

Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo; Estudiante.

/Buen día.

Anexo 2

Pertinencia



UNL

Universidad
Nacional

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0076 CCM-FSH-UNL

PARA: Sra. Ana Belén Pinzón Paladines
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 27 de Julio 2020

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "Relación médico-paciente en el Centro de Salud Miraflores", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Sandra Mejía, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido, se han sugerido algunos cambios, que el tema se redacte de la siguiente manera: "RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE EN EL CENTRO DE SALUD MIRAFLORES DE LA CIUDAD DE LOJA", dado esto el trabajo cumple con los respectivos parámetros, inherentes a la estructura y coherencia el informe es favorable y PERTINENTE para su ejecución, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



TANIA UERONICA
CABRERA ERERA

Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Adh. No., Estudiante;

/Buen día.

Anexo 3

Designación del director de trabajo de titulación



UNL

Universidad
Nacional

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0170 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Sandra Mejía .
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 21 de agosto de 2020

ASUNTO: DESIGNACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema: "Relación médico-paciente en el Centro de Salud Miraflores de la ciudad de Loja", autoría de la Srta. Ana Belén Pirzón Paladines.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firma digitalizada por
TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo; Director de tesis; estudiante.

/Bcastillo

Anexo 4

Autorización para la recolección de datos

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Coordinación Zonal 7 – SALUD

Oficio Nro. MSP-CZ7-S-2020-1251-O

Loja, 24 de noviembre de 2020

Asunto: RESPUESTA : UNL. Dra. Tania Cabrera Parra, Solicita Autorización para Desarrollo de Trabajo de Investigación.

Gestora Académica de la Carrera de Medicina
Tania Verónica Cabrera Parra
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
En su Despacho

De mi consideración:

En atención a Memorandum Nro. 0301 DCM-FSH-UNL suscrito por Usted, en el que solicita la autorización para que la Sra. Ana Belén Pinzón Paladines estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja acceda a la información del Centro de Salud Miraflores para el desarrollo del Proyecto de Tesis "Relación Médico Paciente en el Centro de Salud Miraflores".

Al respecto me permito comunicar que en el marco del Convenio entre la Universidad Nacional de Loja y la Coordinación Zona 7-Salud, se autoriza a la Sra. Ana Belén Pinzón Paladines para que acceda a la información, para lo cual la estudiante deberá coordinar con la Dra. Jeanina Sánchez Responsable de la Unidad Operativa y comprometerse luego de finalizada la investigación a presentar copia de los resultados de la misma.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

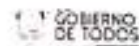
Od. Ana Gabriela Luzuriaga Carrión
COORDINADORA ZONAL 7 - SALUD

Referencia:
- MSP-CZ7-DZAF-2020-1623-E

Copia:
Señorita Magister
Livia Gladys Pineda Lopez
Médico General/Provisión de Servicios de Salud
Señora Doctora



Santo Domingo de los Colorados entre Riobamba y Machala
Loja – Ecuador • Código Postal: 110150 •
TELÉFONO: 593-7-2510584 • WWW.SBSJL.GUB.EC



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Coordinación Zonal 7 - SALUD

Oficio Nro. MSP-CZ7-S-2020-1251-O

Loja, 24 de noviembre de 2020

Jeanina Alexandra Sánchez Jaramillo
Médico General de Primer Nivel de Atención-2 del Centro de Salud Miraflores/Responsable

Señorita
Cristina Marisol Ramon González
Recepcionista Zonal

lp/MC



ANA GABRIELA
LUGUENAGA
CARRION

Santo Domingo de los Colorados entre Riobamba y Machala
Loja - Ecuador • Código Postal: 110150 •
Teléfono: 593-7-2570584 • www.salud.gob.ec

Loja



GOBIERNO
DE TODOS

Anexo 5

Certificación del idioma inglés

Loja, 14 de febrero 2022.

Lcda. Jessenia Alexandra Erique Sánchez

CERTIFICA:

Haber realizado la traducción minuciosa del resumen de la tesis realizada por la Srta. Ana Belén Pinzón Paladines, previa la obtención de su título como médico de la república, con el tema "Relación médico paciente en el centro de salud Miraflores de la ciudad de Loja".

Todo lo anteriormente expuesto lo certifico en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso de la presente para los fines pertinentes.

Atentamente,



Jessenia Alexandra Erique Sánchez

Licencia en Ciencias de la Educación Mención Inglés

Anexo 6

Consentimiento informado



unl

Universidad
Nacional
de Loja

humana

Facultad de la salud

Titulación de medicina

CONSENTIMIENTO INFORMADO ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los usuarios y médicos del servicio de consulta externa del centro de salud Miraflores a participar en el estudio denominado: “Relación médico-paciente en el centro de salud Miraflores en Loja”

Investigadora: Ana Belen Pinzón Paladines

Director de tesis: Dra. Sandra Mejía, Mg. Sc.

Introducción

Yo, Ana Belen Pinzón Paladines, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Me encuentro realizando un estudio que busca valorar la relación médico paciente y la satisfacción de los usuarios de consulta externa del centro de salud Miraflores, a continuación, pongo a su disposición la información y a su vez le invito a participar de este estudio. Si tiene alguna duda responderé a cada una de ellas.

Propósito

Valorar la relación médico-paciente con respecto a la satisfacción de los usuarios durante la consulta general en el área de consulta externa del Centro de Salud Miraflores de Loja.

Tipo de intervención de la investigación

Esta investigación incluirá: datos personales como son: sexo, edad, etnia, nivel de instrucción e ingresos económicos, y la aplicación del cuestionario validado para evaluar la percepción de la relación médico paciente (PREMEPRA).

Selección de participantes

Las personas seleccionadas para participar en la investigación son los usuarios del servicio de consulta externa del centro de salud Miraflores, el número de usuarios se ha calculado a partir de una fórmula estadística.

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio, aun cuando haya aceptado antes.

Beneficios

La realización de este estudio nos ayudará a recolectar y proveer información a los prestadores de salud acerca de las actitudes y características que se relacionan con una satisfacción deficiente por parte del paciente dentro de la consulta y así colaborar en la mejora de la atención en salud.

Confidencialidad

Toda la información obtenida de los participantes será manejada con absoluta confidencialidad por parte de los investigadores. Los datos de filiación serán utilizados exclusivamente para garantizar la veracidad de los mismos y a estos tendrán acceso solamente los investigadores y los organismos de evaluación de la Universidad Nacional de Loja.

Compartiendo los resultados

La información que se obtenga al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. No se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho a negarse o retirarse

Si ha leído el presente documento y ha decidido participar en el presente estudio, entiéndase que su participación es voluntaria y que usted tiene derecho de abstenerse o retirarse del estudio en cualquier momento del mismo sin ningún tipo de penalidad. Tiene del mismo modo derecho a no contestar alguna pregunta en particular, si así, lo considera.

A quién contactar

Si tiene alguna inquietud puede comunicarla en este momento, o cuando usted crea conveniente, para ello puede hacerlo al siguiente correo electrónico: ana.pinzon@unl.edu.ec, o al número telefónico 0969895763.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____ **Día/mes/año**

Anexo 7

Cuestionario PREMEPA



Facultad de la salud humana

Titulación de medicina

El cuestionario PREMEPA (percepción de la relación médico-paciente), diseñado y validado por Ramos C. (2007) está conformado por tres bloques, el primero denominado “Percepción de la relación médico paciente (RMP)”, el segundo “Datos generales del médico”, y el tercero “Datos generales del paciente”.

Para construir los rangos de la percepción de la RMP, se utilizó la fórmula de Statones, con lo cual se establecieron 3: RMP buena ≥ 15 ; RPM regular 9-15; y RMP mala ≤ 8 .

Bloque 1: Percepción de la relación médico - paciente	
1.- Antes de venir ¿Acudió a buscar otro tipo de ayuda para su problema de salud?	0. No 1. Si ¿Por qué eligió acudir aquí? _____
2.- Con respecto al respeto y la cortesía, ¿Qué tan bien lo trató el médico?	0. No fue cortes ni respetuoso 1. Fue muy poco cortés y respetuoso 2. Medianamente respetuoso y cortés 3. Fue muy respetuoso y cortés.
3.- En el aspecto de escuchar, ¿Qué nos puede decir del médico que lo atendió?	0. No me dejó hablar 1. Si me escucho, pero poco 2. Me dejó hablar, pero no escucho todo lo que quería decir. 3. Me escuchó todo lo que quería decirle.
4.- En el aspecto de comprensión hacia Ud., ¿Qué tan comprendido se sintió cuando estaba con el médico?	0. No me comprendió 1. Me comprendió, pero poco 2. Si me comprendió, pero no totalmente 3. Me sentí totalmente comprendido

5.- En el aspecto de sensibilidad hacia su problema, ¿Qué tan sensible fue su médico?	0. No tuvo tacto 1. Fue poco sensible 2. Medianamente 3. Totalmente sensible
6.- En el aspecto confianza en su capacidad profesional, ¿Qué tanta confianza le tiene ahora al médico que lo atendió?	0. No le tengo confianza 1. Muy poca 2. Mediana 3. Confío plenamente
7.- ¿En el aspecto explicación de su problema de salud, entendió la explicación del médico?	0. No me explicó 1. Entendí muy poco 2. Medianamente 3. Entendí claramente
8.- En el aspecto explicación del procedimiento a seguir con Ud., ¿Entendió la explicación del médico?	0. No entendí nada 1. Entendí muy poco 2. Medianamente 3. Entendí claramente
9.- ¿Estuvo conforme con los procedimientos del médico?	0. No (Siga) 1. Sí (Pase a la pregunta 12)
10.- ¿Le pidió otras opciones de procedimiento?	0. No 1. Sí
11.- ¿El médico le dio otras opciones?	0. No 1. Sí
12.- ¿Recomendaría Ud. a un familiar o amigo que se atienda con el mismo médico que la atendió hoy?	0. No 1. Si

13.- Por favor, califique del 0 al 3 su satisfacción en esta consulta.	<ul style="list-style-type: none"> 0. Malo 1. Regular 2. Buena 3. Muy buena
Bloque 2: Datos generales de su médico	
Sexo del médico:	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
16. Edad percibida por el paciente.	
17. En esta oportunidad Ud. eligió al médico:	<ul style="list-style-type: none"> • No • Si
18. Número de consultas anteriores:	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • 1-4 • 2. Más de 4
Bloque 3: Datos generales del paciente	
Sexo del paciente:	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • 1. Masculino
Edad del paciente:	
Tipo de paciente:	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente nuevo • Continuador • Chequeo médico
Grado de estudios que alcanzó (Agregue "I" si es incompleta)	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria • Secundaria • Estudios superiores
Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Sin estudios • Primario • Secundario • Medio – Superior • Superior

Anexo 8

Escala de empatía médica de Jefferson



Universidad
Nacional
de Loja

Facultad de la salud humana

Titulación de medicina

La escala de empatía médica de Jefferson en su versión PS está orientada hacia el comportamiento empático del médico en encuentros con paciente e incluye 20 ítems a evaluar mediante escala tipo Likert de siete puntos (siendo 1= muy en desacuerdo, 7= muy de acuerdo), 10 elementos se redactaron positivamente y los otros 10 negativamente; para efectos de su tabulación, las preguntas con sentido negativo se invierten mediante el procedimiento 8-X, donde «X» corresponde al valor asignado a la pregunta, Los niveles de empatía están en relación directa con los puntajes obtenidos, pudiendo ser 20 puntos el menor y 140 puntos el máximo, y de acuerdo a las percentiles se ubica al evaluado en baja, media y alta empatía. Esta fue validada por Alcorta-Garza, González, Tavitas, Rodríguez, & Hojate en el año 2005.

Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma	1	2	3	4	5	6	7
Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo	1	2	3	4	5	6	7
Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias	1	2	3	4	5	6	7
Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado	1	2	3	4	5	6	7
Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico	1	2	3	4	5	6	7
Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la	1	2	3	4	5	6	7

comunicación verbal en la relación médico-paciente							
Trato de entender qué está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal	1	2	3	4	5	6	7
La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado	1	2	3	4	5	6	7
Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico	1	2	3	4	5	6	7
La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento							
Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico	1	2	3	4	5	6	7
Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas	1	2	3	4	5	6	7
Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica	1	2	3	4	5	6	7
Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto	1	2	3	4	5	6	7
No disfruto leer literatura no médica o arte	1	2	3	4	5	6	7
Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica	1	2	3	4	5	6	7

No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias	1	2	3	4	5	6	7
Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes	1	2	3	4	5	6	7
La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 9

Base de datos

	1. ¿Acudió a	2. CORTESÍA	3. Escuchar	4. Compresic	EMPATÍA	5. HUMANID.	6. CONFIANZ	7. Explicació	8. Explicació	9. Conformid	10. Pedir otr	11. El médic	PARTICIPACIÓN	12. INTENC	RMP	13. Satisfac	Sexo del mé	Edad percibi	Oportunidad	Consultas an	Sexo del pac	Edad	Tipo	Grado de est	
1	No	3	3	2	0	2	1	2	2	2	1	0	5	1	0	9	15	Femenino	33	no	1 a 4	masculino	84	continuator	primaria
2	No	2	3	2	5	2,5	1	2	2	2	1	3	11	2,2	0	12,2	15	Femenino	39	si	mas de 4	femenino	44	continuator	secundaria
3	No	2	2	2	1	3	1,5	2	2	2	0	0	4	0,8	3	12,8	17	Femenino	45	no	1 a 4	femenino	28	continuator	superiores I
4	No	3	3	3	6	3	1	2	1	3	0	0	4	0,8	0	12,8	15	Femenino	30	si	mas de 4	femenino	38	continuator	secundaria
5	No	3	3	3	6	3	3	0	3	3	1	0	7	1,4	0	13,4	17	Femenino	35	no	ninguna	femenino	39	nuevo	primaria
6	No	2	3	3	6	3	2	1	3	3	1	3	13	2,6	0	13,6	11	Femenino	35	no	mas de 4	femenino	32	continuator	secundaria
7	No	2	3	3	6	3	2	3	3	3	1	0	7	1,4	0	14,4	17	Femenino	32	no	mas de 4	femenino	22	continuator	secundaria I
8	No	1	3	3	6	3	2	1	3	3	1	0	7	1,4	3	14,4	15	Femenino	40	no	1 a 4	femenino	26	continuator	superiores
9	No	3	3	3	6	3	3	1	3	3	1	0	7	1,4	0	14,4	18	Femenino	35	No	Ninguna	Masculino	29	nuevo	secundaria
10	No	1	2	2	4	2	3	2	3	3	1	1	9	1,8	3	14,8	17	Femenino	36	no	1 a 4	femenino	32	continuator	secundaria
11	No	3	2	1	3	1,5	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	15,4	15	Femenino	35	no	1 a 4	masculino	25	continuator	secundaria
12	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	0	1	8	1,6	0	15,6	18	Femenino	35	no	ninguna	femenino	38	nuevo	superiores
13	No	3	3	3	6	3	3	3	1	1	0	0	3	0,6	0	15,6	10	Femenino	32	no	mas de 4	femenino	76	continuator	primaria
14	No	2	3	1	4	2	2	3	3	3	1	1	9	1,8	3	15,8	18	Femenino	37	no	mas de 4	femenino	23	continuator	secundaria
15	ii (referencia	3	3	2	5	2,5	2	2	2	1	1	0	4	0,8	3	15,8	10	Femenino	35	no	ninguna	masculino	43	nuevo	secundaria
16	No	3	3	2	5	2,5	2	2	2	2	1	0	5	1	3	16	12	Femenino	35	no	mas de 4	femenino	42	continuator	secundaria
17	No	3	3	2	5	2,5	1	3	3	3	1	0	7	1,4	3	16,4	10	Femenino	35	no	1 a 4	femenino	32	continuator	primaria
18	No	3	3	3	6	3	3	0	3	3	1	0	7	1,4	3	16,4	18	Femenino	35	no	ninguna	masculino	33	nuevo	secundaria
19	No	3	3	2	5	2,5	2	2	3	3	1	0	7	1,4	3	16,4	16	Femenino	32	no	1 a 4	femenino	40	continuator	superiores
20	No	3	3	2	5	2,5	3	1	3	3	1	0	7	1,4	3	16,4	16	Femenino	40	No	Más de 4	Masculino	86	Continuator	Primaria
21	No	3	3	2	5	2,5	2	2	3	3	1	1	9	1,8	3	16,8	17	Femenino	35	no	mas de 4	femenino	21	continuator	secundaria
22	No	3	3	3	6	3	3	1	2	2	1	0	5	1	3	17	15	Femenino	35	No	1 a 4	Femenino	33	continuator	superiores
23	No	3	3	2	5	2,5	3	2	2	3	0	1	7	1,4	3	17,4	18	Femenino	40	no	1 a 4	femenino	18	continuator	secundaria
24	No	3	3	3	6	3	3	1	3	3	1	0	7	1,4	3	17,4	20	Femenino	27	No	Más de 4	Femenino	18	continuator	secundaria
25	No	3	3	3	6	3	3	1	3	3	1	0	7	1,4	3	17,4	19	Femenino	35	no	mas de 4	femenino	22	continuator	secundaria
26	No	3	3	3	6	3	3	1	3	3	1	0	7	1,4	3	17,4	20	Femenino	26	no	1 a 4	femenino	26	continuator	secundaria
27	No	3	3	2	5	2,5	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	17,4	20	Femenino	36	si	1 a 4	femenino	27	continuator	secundaria
28	No	3	3	3	6	3	2	2	3	3	1	0	7	1,4	3	17,4	18	Femenino	35	no	1 a 4	masculino	28	nuevo	superiores
29	No	3	3	2	5	2,5	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	17,4	20	Femenino	35	no	mas de 4	femenino	30	continuator	superiores
30	No	3	3	3	6	3	3	1	3	3	1	0	7	1,4	3	17,4	18	Femenino	38	no	ninguna	masculino	36	nuevo	secundaria
31	No	3	3	3	6	3	3	1	3	3	1	0	7	1,4	3	17,4	18	Femenino	39	no	ninguna	femenino	37	nuevo	secundaria
32	No	3	3	2	5	2,5	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	17,4	18	Femenino	57	No	1 a 4	Femenino	38	Continuator	Superiores
33	No	3	3	2	5	2,5	2	3	3	3	1	0	7	1,4	3	17,4	20	Femenino	-	no	mas de 4	femenino	41	continuator	secundaria
34	No	3	3	3	6	3	3	1	3	3	1	0	7	1,4	3	17,4	20	Femenino	33	No	Más de 4	Femenino	62	continuator	-
35	No	3	3	3	6	3	3	2	1	3	1	0	5	1	3	18	20	Femenino	32	No	Más de 4	Femenino	36	continuator	primaria
36	No	3	3	3	6	3	3	2	2	3	1	0	6	1,2	3	18,2	18	Femenino	30	no	ninguna	femenino	33	nuevo	primaria
37	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	20	Femenino	30	no	ninguna	masculino	18	nuevo	secundaria
38	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	20	Femenino	36	no	1 a 4	femenino	18	continuator	superiores I
39	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	20	Femenino	30	no	mas de 4	femenino	18	continuator	secundaria
40	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	18	Femenino	30	no	más de 4	femenino	20	continuator	superiores I
41	No	3	3	3	6	3	2	3	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	18	Femenino	30	no	1 a 4	femenino	21	continuator	superiores I
42	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	15	Femenino	35	no	1 a 4	femenino	21	continuator	superiores
43	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	20	Femenino	33	no	ninguna	femenino	22	nuevo	secundaria
44	No	3	3	3	6	3	2	3	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	19	Femenino	30	no	mas de 4	femenino	22	continuator	superiores I
45	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	20	Femenino	32	no	mas de 4	femenino	22	continuator	secundaria
46	Si	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	20	Femenino	38	no	ninguna	femenino	22	nuevo	primaria
47	Si	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	20	Femenino	40	no	mas de 4	femenino	26	continuator	superiores
48	(Medicaciór	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	19	Femenino	35	no	ninguna	femenino	27	nuevo	superiores
49	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	18	Femenino	34	no	1 a 4	femenino	33	continuator	superiores
50	No	3	3	2	5	2,5	3	3	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	20	Femenino	40	si	mas de 4	femenino	38	continuator	primaria
51	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	20	Femenino	30	no	ninguna	femenino	40	nuevo	superiores
52	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	19	Femenino	30	no	ninguna	femenino	47	nuevo	secundaria
53	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	15	Femenino	28	no	ninguna	femenino	57	nuevo	superiores
54	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	19	Femenino	35	no	ninguna	femenino	67	nuevo	primaria
55	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	0	7	1,4	3	18,4	17	Femenino	34	No	Ninguna	Femenino	73	nuevo	primaria
56	No	3	3	3	6	3	2	2	3	3	1	3	13	2,6	3	18,6	19	Femenino	37	no	ninguna	femenino	58	nuevo	primaria
57	Si	3	3	3	6	3	2	3	3	3	1	1	9	1,8	3	18,8	18	Femenino	30	no	ninguna	femenino	18	nuevo	secundaria
58	No	3	3	3	6	3	3	2	2	1	0	0	5	1	3	19	18	Femenino	35	no	1 a 4	femenino	18	continuator	secundaria
59	No	3	3	3	6	3	3	2	2	2	1	0	5	1	3	19	18	Femenino	42	no	1 a 4	femenino	20	continuator	superiores
60	No	3	3	3	6	3	3	2	2	2	1	0	5	1	3	19	15	Femenino	30	no	ninguna	masculino	24	nuevo	secundaria
61	No	3	3	3	6	3	3	3	2	3	1	0	6	1,2	3	19,2	20	Femenino	25	no	mas de 4	femenino	17	continuator	secundaria I
62	No	3	3	3	6	3	3	3	2	1	0	0	6	1,2	3	19,2	20	Femenino	32	no	1 a 4	femenino	34	continuator	superiores
63	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	7	1,4	3	19,4	18	Femenino	35	si	mas de 4	femenino	18	continuator	secundaria
64	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	36	si	1 a 4	femenino	18	continuator	superiores I
65	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	7	1,4	3	19,4	19	Femenino	35	No	1 a 4	Femenino	18	continuator	secundaria
66	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	30	No	Ninguna	Femenino	18	Nuevo	Primaria
67	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	30	no	mas de 4	femenino	19	continuator	secundaria
68	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	40	no	más de 4	femenino	19	continuator	secundaria
69	i (Referencia	3	3	3	6	3																			

75	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	30	si	mas de 4	femenino	22	continuator	secundaria
76	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	27	no	mas de 4	femenino	22	continuator	superiores I
77	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	30	si	mas de 4	femenino	22	continuator	primaria
78	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	30	no	1 a 4	femenino	22	continuator	superiores I
79	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	No	Más de 4	Femenino	22	continuator	Secundaria
80	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	19	Femenino	28	no	1 a 4	femenino	23	continuator	secundaria
81	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	27	no	1 a 4	femenino	23	continuator	secundaria
82	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	34	no	mas de 4	femenino	24	continuator	secundaria
83	Si	3	3	2	5	2,5	3	3	3	2	1	3	3	12	2,4	3	19,4	19	Femenino	35	no	1 a 4	femenino	24	continuator	secundaria
84	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	No	Más de 4	Femenino	24	Continuator	Secundaria
85	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	19	Femenino	37	No	1 a 4	Femenino	24	Continuator	Secundaria
86	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	32	no	1 a 4	femenino	25	continuator	secundaria
87	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	si	mas de 4	femenino	26	continuator	secundaria
88	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	no	ninguna	femenino	26	nuevo	secundaria
89	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	18	Femenino	29	no	1 a 4	femenino	27	continuator	superiores
90	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	no	1 a 4	masculino	27	continuator	secundaria
91	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	18	Femenino	35	Si	1 a 4	Femenino	27	continuator	secundaria
92	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	18	Femenino	35	no	mas de 4	femenino	28	continuator	secundaria
93	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	31	no	1 a 4	masculino	28	continuator	superiores
94	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	31	si	más de 4	femenino	29	continuator	superiores
95	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	31	no	ninguna	femenino	29	nuevo	superiores
96	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	28	No	1 a 4	Femenino	29	continuator	superiores
97	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	30	no	1 a 4	femenino	30	continuator	secundaria
98	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	19	Femenino	35	no	más de 4	femenino	30	continuator	secundaria
99	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	25	si	mas de 4	femenino	30	continuator	secundaria
100	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	34	no	ninguna	femenino	30	nuevo	primaria
101	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	17	Femenino	34	No	1 a 4	Masculino	30	continuator	secundaria
102	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	si	más de 4	femenino	31	continuator	secundaria
103	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	32	no	mas de 4	femenino	31	continuator	secundaria
104	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	32	si	mas de 4	femenino	32	continuator	secundaria
105	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	si	mas de 4	femenino	32	continuator	primaria
106	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	30	Si	Más de 4	Femenino	32	continuator	primaria
107	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	31	si	más de 4	femenino	34	continuator	secundaria
108	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	31	no	1 a 4	masculino	34	continuator	secundaria
109	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	no	1 a 4	femenino	35	continuator	superiores
110	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	15	Femenino	34	no	mas de 4	femenino	35	continuator	primaria
111	f(Referencia	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	19	Femenino	48	No	Ninguna	Masculino	35	nuevo	superiores
112	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	38	Si	1 a 4	Femenino	36	continuator	secundaria
113	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	si	mas de 4	masculino	37	continuator	secundaria
114	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	40	no	1 a 4	femenino	37	continuator	superiores
115	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	40	si	mas de 4	femenino	37	continuator	primaria
116	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	40	No	Ninguna	Femenino	37	Nuevo	Superiores
117	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	33	no	1 a 4	femenino	38	continuator	secundaria
118	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	38	si	1 a 4	masculino	38	continuator	superiores
119	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	38	No	Más de 4	Femenino	38	Continuator	Secundaria
120	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	no	ninguna	femenino	39	nuevo	superiores
121	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	39	no	1 a 4	masculino	39	continuator	secundaria
122	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	36	no	ninguna	femenino	39	nuevo	secundaria
123	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	42	Si	1 a 4	Masculino	39	Continuator	Secundaria
124	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	31	no	mas de 4	femenino	40	continuator	secundaria
125	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	18	Femenino	36	no	mas de 4	femenino	40	continuator	secundaria
126	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	40	no	ninguna	masculino	40	nuevo	superiores
127	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	30	no	ninguna	masculino	40	nuevo	secundaria
128	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	19	Femenino	40	no	1 a 4	femenino	40	continuator	primaria
129	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	40	no	mas de 4	femenino	40	continuator	primaria
130	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	19	Femenino	40	no	ninguna	masculino	40	nuevo	superiores
131	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	19	Femenino	30	Si	1 a 4	Femenino	40	continuator	secundaria
132	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	33	No	Más de 4	Femenino	40	continuator	superiores
133	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	No	Más de 4	Femenino	40	continuator	Secundaria
134	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	45	no	mas de 4	masculino	41	continuator	secundaria
135	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	45	si	1 a 4	femenino	41	continuator	primaria
136	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	No	Ninguna	Masculino	41	nuevo	primaria
137	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	18	Femenino	41	No	Más de 4	Masculino	41	Continuator	Secundaria
138	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	no	1 a 4	masculino	42	continuator	secundaria
139	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	34	no	1 a 4	femenino	43	continuator	superiores
140	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	No	Ninguna	Femenino	43	nuevo	secundaria

141	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	30	no	más de 4	femenino	44	continuator	secundaria
142	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	18	Femenino	—	No	Ninguna	Femenino	44	Nuevo	Secundaria
143	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	19	Femenino	30	no	1 a 4	masculino	45	continuator	superiores
144	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	si	mas de 4	femenino	46	continuator	secundaria
145	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	18	Femenino	30	no	1 a 4	femenino	47	continuator	secundaria
146	Si	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	32	no	ninguna	masculino	49	nuevo	primaria
147	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	no	1 a 4	femenino	52	continuator	superiores
148	de turnos et	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	19	Femenino	35	no	ninguna	femenino	52	nuevo	secundaria
149	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	45	No	Más de 4	Masculino	52	Continuator	Secundaria
150	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	—	si	mas de 4	femenino	53	continuator	secundaria
151	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	38	no	ninguna	femenino	54	nuevo	superiores
152	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	38	No	1 a 4	Femenino	54	continuator	superiores
153	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	No	Ninguna	Femenino	54	nuevo	secundaria
154	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	46	no	mas de 4	femenino	56	continuator	secundaria
155	i (Referencia	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	No	1 a 4	Masculino	56	Continuator	Superiores
156	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	28	no	mas de 4	masculino	58	continuator	secundaria
157	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	—	no	1 a 4	femenino	58	continuator	superiores
158	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	32	no	ninguna	femenino	59	nuevo	primaria
159	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	38	no	ninguna	femenino	60	nuevo	primaria
160	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	No	Ninguna	Femenino	60	continuator	secundaria
161	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	38	no	ninguna	masculino	61	nuevo	primaria
162	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	40	No	Más de 4	Femenino	61	Continuator	Primaria
163	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	35	no	mas de 4	masculino	62	continuator	superiores
164	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	30	si	mas de 4	femenino	62	continuator	secundaria
165	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	30	no	mas de 4	femenino	65	continuator	primaria
166	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	18	Femenino	—	si	mas de 4	masculino	66	continuator	superiores
167	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	26	no	mas de 4	femenino	67	continuator	primaria
168	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	16	Femenino	40	No	1 a 4	Femenino	67	Continuator	Primaria
169	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	—	Si	mas de 4	femenino	68	continuator	superiores
170	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	33	No	Más de 4	Masculino	70	continuator	secundaria
171	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	37	no	mas de 4	masculino	71	continuator	primaria
172	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	45	no	ninguna	femenino	71	nuevo	primaria
173	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	40	No	1 a 4	Femenino	71	Continuator	Primaria
174	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	38	si	mas de 4	femenino	74	continuator	primaria
175	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	30	no	mas de 4	femenino	75	continuator	primaria
176	i (referencia	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	19	Femenino	34	no	ninguna	femenino	77	nuevo	primaria
177	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	32	no	más de 4	masculino	78	continuator	primaria
178	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	15	Femenino	—	no	mas de 4	masculino	78	continuator	primaria
179	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	0	0	7	1,4	3	19,4	20	Femenino	38	no	1 a 4	masculino	83	nuevo	primaria
180	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	3	3	13	2,6	3	19,6	20	Femenino	38	no	1 a 4	femenino	19	nuevo	secundaria
181	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	1	0	8	1,6	3	19,6	20	Femenino	30	no	1 a 4	masculino	20	continuator	secundaria
182	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	3	3	13	2,6	3	19,6	18	Femenino	—	no	mas de 4	femenino	38	continuator	secundaria
183	No	3	3	3	6	3	3	2	3	3	1	3	3	13	2,6	3	19,6	18	Femenino	35	no	1 a 4	femenino	40	continuator	superiores
184	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	1	1	9	1,8	3	19,8	20	Femenino	30	No	Más de 4	Masculino	35	continuator	superiores
185	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	1	1	9	1,8	3	19,8	20	Femenino	27	si	mas de 4	femenino	38	continuator	secundaria
186	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	1	1	9	1,8	3	19,8	18	Femenino	28	si	mas de 4	femenino	39	continuator	secundaria
187	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	1	1	9	1,8	3	19,8	20	Femenino	35	no	ninguna	femenino	56	nuevo	superiores
188	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	1	1	9	1,8	3	19,8	20	Femenino	36	no	ninguna	masculino	56	nuevo	superiores
189	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	1	1	9	1,8	3	19,8	20	Femenino	35	si	mas de 4	femenino	59	continuator	secundaria
190	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	1	1	9	1,8	3	19,8	20	Femenino	30	si	más de 4	femenino	75	continuator	primaria
191	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	3	3	13	2,6	3	20,6	20	Femenino	35	no	1 a 4	femenino	18	continuator	secundaria
192	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	3	3	13	2,6	3	20,6	20	Femenino	40	si	1 a 4	femenino	31	continuator	secundaria
193	i (Referencia	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	3	3	13	2,6	3	20,6	20	Femenino	38	no	1 a 4	masculino	36	continuator	superiores
194	No	3	3	3	6	3	3	3	3	3	1	3	3	13	2,6	3	20,6	20	Femenino	35	no	1 a 4	femenino	44	continuator	secundaria

VARIABLES EEMJ	Médico 1	Médico 2	Médico 3	Médico 4
Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma	7	7	7	7
Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo	7	7	7	7
Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos	7	7	7	7
Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus	7	7	7	7
Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado	7	7	5	4
Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico	6	6	5	7
Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación	6	7	7	7
Trato de entender qué está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y	6	7	7	7
La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado	7	7	7	7
Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico	7	7	7	5
TOMA DE PERSPECTIVA	67	69	66	65
La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento	7	7	7	3
Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico	7	7	7	7
Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para	7	7	7	7
Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica	7	7	7	7
Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos	6	7	7	7
No disfruto leer literatura no médica o arte	4	1	7	7
Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica	6	1	7	7
No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias	4	3	5	4
ATENCIÓN O CUIDADO COMPASIVO	48	40	54	49
Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes	4	6	4	6
La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente	6	2	6	3
PONERSE EN LOS ZAPATOS DEL PACIENTE	10	8	10	9
TOTAL	125	117	130	123

Anexo 10

Tablas de resultados

Tabla 1

Dimensiones de la relación médico-paciente (RMP)

Dimensiones	No (0)		Muy Poco (1)		Medianamente (2)		Totalmente (3)		Puntaje Promedio
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Respeto y cortesía	0	-	1	0,52	5	2,58	187	96,39	2,95
Empatía	0	-	3	1,55	16	8,25	175	90,21	2,93
Humanidad	0	-	3	1,55	16	8,25	175	90,21	2,89
Confianza	2	1,03	12	6,19	37	19,07	143	73,71	2,65
Participación	4	2,06	179	92,27	11	5,67	0	-	1,46
Intención de retorno	No (0)		Si (3)						
	f	%	f	%					
	9	4,64	185	95,36					
Satisfacción en la consulta	Poca Satisfecho (<10)		Medianamente Satisfecho (11-14)		Muy Satisfecho (>15)				
	f	%	f	%	f	%			
	3	1,55	2	1,03	189	97,42			

Fuente: Cuestionario PREMEPA

Elaboración: Ana Belen Pinzón Paladines

Tabla 2

Resultados de las características de la consulta

Variable		n	%
Sexo del médico	Femenino	194	100,00
Consultas anteriores	Ninguna	49	25,26
	1 a 4	64	32,99
	Más de 4	81	41,75
Oportunidad de elegir al médico	No	159	81,96
	Si	35	18,04
Acudió a otro centro antes	No	181	93,30
	Si	13	6,70

Fuente: Cuestionario PREMEPA

Elaboración: Ana Belen Pinzón Paladines

Tabla 3

Resultados de las características del paciente

Variable		n	%
Sexo del paciente	Femenino	151	77,84
	Masculino	43	22,16
Edad	Adulto Joven	117	60,31
	Adulto		
	Maduro	56	28,87
Tipo de paciente	Adulto Mayor	21	10,82
	Nuevo	51	26,29
	Continuador	143	73,71
Grado de estudios	Primaria	41	21,13
	Secundaria	95	48,97
	Secundaria I	3	1,55
	Superiores	45	23,20
	Superiores I	9	4,639175
	Ninguno	1	0,52

*Fuente: Cuestionario PREMEPA**Elaboración: Ana Belen Pinzón Paladines*

Anexo 11

Certificación de tribunal de grado

Loja, 17 de junio del 2022

CERTIFICACIÓN

Los miembros del tribunal de Tesis de la postulante Ana Belen Pinzón Paladines, con cédula de identidad: 1106018086 y autor de la Tesis titulada: "Relación médico-paciente en el Centro de Salud Miraflores de la ciudad de Loja", bajo la dirección de la Md. Sandra Katherine Mejía, Mg. Sc., CERTIFICAMOS que la postulante antes mencionada cumplió con las correcciones sugeridas durante su sesión privada para lo cual autorizamos la publicación del trabajo de Tesis en el Repositorio Digital del Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja.



EDGAR AUGUSTO
GUAMÁN GUERRERO

Dr. Edgar Augusto Guamán Guerrero, Mg. Sc.
Presidente del Tribunal



FABIOLA
MARIA BARBA

Dra. Fabiola Barba Tapia, Mg. Sc.
Vocal del Tribunal



ANTONIO ISRAEL
SALAZAR ORTEGA

Dr. Antonio Israel Salazar Ortega, Mg. Sc.
Vocal del Tribunal

Anexo 12

Perfil de proyecto



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Medicina Humana

Tema: Relación médico-paciente en el Centro de Salud
Miraflores de la ciudad de Loja

Tesis previa la obtención del título de médico general

Autor: Ana Belén Pinzón Paladines

Director: Dra. Sandra Mejía, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

Año: 2021

1. Tema

Relación médico-paciente en el centro de salud Miraflores de la ciudad de Loja

2. Problemática

La relación médico-paciente (RMP) se basa, entre otras condiciones, en una adecuada comunicación; la misma que es posible gracias a distintas habilidades que adquiere el médico durante su formación, entre ellas, la empatía. Se ha demostrado que cuando se establece empatía, la toma de información se facilita, se posibilitan diagnósticos más precisos, se incrementa la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento y disminuyen los cambios de terapeuta, así como las demandas a los servicios de salud (Mendoza, Ramos-Rodríguez, & Gutierrez, 2016)

La empatía constituye un vehículo en la RMP y permite al médico involucrarse con el paciente, no sólo en el aspecto biológico sino también le permite crear un vínculo emocional. Sin embargo, en los últimos años la práctica médica se ha visto oscurecida por la deshumanización del paciente, debido al predominio de los intereses comerciales y las exigencias del sistema burocrático, dando lugar a lo que se ha denominado «cosificación» del paciente, en la cual este pasa de considerarse una persona para convertirse en una estadística. Como era de esperarse esta visión ha afectado profundamente a la RMP, desencadenando una crisis de confianza que sufre la profesión en la actualidad (García Solís, 2015).

Internacionalmente se ha visto una deuda patente con la formación humanística en medicina, lo que dificulta la adquisición de habilidades comunicativas necesarias para interactuar adecuadamente con el paciente y su entorno, además de limitar la capacidad para comprender el proceso salud-enfermedad, lo cual impacta de manera desfavorable en la calidad de la práctica asistencial diaria (Sánchez & Contreras, 2014)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da marcada importancia a las características del servicio de salud, el cual debe ser: accesible, eficiente, gestionado adecuadamente y satisfacer las necesidades en salud de las personas, así mismo manifiesta: “El goce del grado de satisfacción máxima de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Se publicaron tres informes independientes en 2018, en los que se hacía hincapié en la necesidad de prestar atención a la calidad de la atención sanitaria, que se fundamenta en la atención centrada en la persona, una característica que es al mismo tiempo intrínsecamente importante (todas las personas tienen derecho a ser tratadas con dignidad y respeto) e instrumentalmente importante (la atención centrada en las personas se asocia a una mejor utilización de la atención sanitaria y a mejores resultados en materia de salud) (OMS, 2019) .

La calidad recae en las percepciones de las personas que son atendidas, es decir, en todas las acciones que se realizan, orientadas a mejorar la calidad, a organizar personas y recursos para obtener los mejores resultados en términos de efectividad, eficiencia, satisfacción de profesionales y usuarios y de impacto social, tal como menciona, Donabedian en la que para la calidad en salud es “la atención médica que se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos: el primero, como la atención técnica, que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud, y el segundo, como la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente”.

Por otro lado, el capítulo II de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente del Ecuador establece que los pacientes tienen derecho a una atención digna, a no ser discriminados, a la confidencialidad, a la información sobre su padecimiento y a decidir si acepta o declina el tratamiento médico. Sin embargo, en muchas ocasiones el paciente no recibe la información adecuada por parte del médico ni forma parte de la toma de decisiones clínicas durante la consulta, consecuencia del modelo paternalista que aún mantienen algunos profesionales.

Determinar la percepción en cuanto a relación médico-paciente (RMP) es un trabajo complejo, debido a que es una variable subjetiva, que depende de los intereses, costumbres, nivel de educación, entre otras características propias de cada paciente. Por lo tanto, aunque cada vez hay un interés mayor por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) en mejorar la calidad de los servicios de salud, se cuentan con pocos estudios que evalúen la percepción en la RMP, que muchas veces influye en que los servicios se cataloguen como deficientes. A partir de esto, nace la necesidad de investigar las variables que intervienen en la percepción de los usuarios con respecto a la RMP y responder a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre la empatía del médico y la percepción de la relación médico paciente en usuarios del Centro de Salud Miraflores de Loja?

3. Justificación

En los últimos años, debido al nuevo rol que desenvuelven los pacientes como evaluadores de la atención prestada por diversas instituciones, la calidad de atención en salud se ha convertido en un objetivo prioritario para los sistemas de salud; en este sentido, el médico desenvuelve un papel esencial al asegurar el bienestar físico y emocional que tanto necesita el paciente.

Por lo tanto, el siguiente estudio nace de la necesidad de identificar el nivel de empatía que presentan los médicos en el Centro de Salud Miraflores de la ciudad de Loja, así como su relación con la percepción que tienen los pacientes acerca de los mismos luego de la consulta. Cualidades que, al ser expuestas podrían ser de utilidad para acrecentar los limitados conocimientos que se tiene con respecto al tema y mejorar el proceder de los médicos durante la atención, lo que se asociaría a la vez con sentimientos de bienestar por parte del paciente, al dirigir el trato hacia él como una prioridad.

El estudio se enmarca en la cuarta línea de prioridades de investigación de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, al pertenecer a la línea “Servicios de salud en la zona 7”; también es parte de las prioridades de Investigación del Ministerio de Salud Pública: Sistema Nacional de Salud, la línea “Calidad de la atención, prestación y sistemas de apoyo” y sublínea “Satisfacción del usuario interno y externo”, por lo que la viabilidad del presente proyecto se justifica.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

4.1.1. Correlacionar el nivel de empatía del médico con la percepción del paciente sobre la relación médico-paciente en usuarios del Centro de Salud Miraflores de la ciudad de Loja.

4.2 Objetivos específicos

4.2.1. Caracterizar por edad y sexo la percepción sobre la relación médico paciente en usuarios del centro de salud Miraflores.

4.2.2. Reconocer las variables que se asocian con una mayor empatía por parte del médico y a una percepción adecuada de la relación médico paciente por usuarios del centro de salud Miraflores.

4.2.3. Identificar por edad y sexo el nivel de empatía que presentan los médicos en el centro de salud Miraflores.

.

5. Esquema del marco teórico

5.1. Antecedentes y panorama actual

5.1.1. Era del paternalismo.

5.1.2. Era de la autonomía.

5.1.3. Era de la burocracia o del contribuyente.

5.1. Modelos de relación médico-paciente

5.2.1. Modelo Paternalista.

5.2.2. Modelo Dominante.

5.2.3. Modelo de Responsabilidad Compartida.

5.2.4. Modelo Mecanicista.

5.3. Dimensiones en relación médico-paciente

5.3.1. Dimensión comunicativa.

5.3.1.1. Estadísticas.

5.3.1.2. Dimensión comunicativa en la formación de un médico.

5.3.1.3. Crisis actual de la relación médico-paciente

5.3.2. Dimensión biomédica.

5.3.3. Dimensión emocional.

5.3.4. Dimensión de la identidad cultural.

5.4 Principios de bioética en la atención en salud.

5.4.1. Autonomía

5.4.2. Beneficencia.

5.4.3. No maleficencia.

5.4.4. Justicia.

5.5. Principios de la relación médico paciente

5.5.1. Confidencialidad.

5.5.2. Honestidad.

5.5.3. Privacidad.

5.5.4. Lealtad.

5.5.5. Empatía.

5.5.6. Confianza.

5.5.7. Participación.

5.5.8. Humanización.

5.6. Cuestionario PREMEPRA

5.7. Escala médica de empatía de Jefferson

5. Metodología

6.1 Tipo de estudio

El estudio a realizar corresponde a una investigación de campo de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo, observacional de cohorte transversal prospectivo.

6.2 Área de estudio:

El presente estudio se realizará en el Centro de Salud Miraflores, ubicado en el barrio Miraflores, en la parroquia “Sucre”, al oeste de la ciudad de Loja.

6.3 Período

El tiempo proyectado para realizar la investigación, será durante las actividades académicas de noveno y décimo ciclo en la asignatura Titulación, durante el período abril 2020 a marzo 2021.

6.4 Universo y Muestra

El universo y la muestra van a estar conformados por usuarios que cumplan con los criterios de inclusión, en el servicio de consulta externa del Centro de Salud Miraflores, durante el período septiembre - diciembre 2020.

6.5 Criterios de inclusión

Usuarios del servicio de consulta general.

Médicos del servicio de consulta general.

Usuarios y médicos que deseen participar y hayan firmado el consentimiento informado.

Usuarios mayores de 18 años.

6.6 Criterios de exclusión

Usuarios con patologías psiquiátricas o con algún tipo de deterioro físico o cognitivo que no puedan responder a la encuesta.

Usuarios y médicos de consulta especializada.

Pacientes que asisten a realizarse exámenes de laboratorio.

6.7 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Biológica	Años	
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	Biológica	Masculino-Femenino	
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Social	Nivel de estudio	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeto - Sin estudios - Primario - Secundario - Medio Superior - Superior
Etnia	Comprende los factores culturales y biológicos de un grupo humano, como los factores morfológicos desarrollados en su proceso de adaptación a determinado espacio geográfico y ecosistema a lo largo de varias generaciones.	Biológica	<ul style="list-style-type: none"> - Afroecuatoriano - Blanco - Mestizo - Indígena 	

Relación médico-paciente	Relación formal o inferida entre un médico y un paciente que se establece una vez que el médico asume o se compromete a brindar atención o tratamiento a un paciente	Social	- Percepción del paciente de los aspectos de la investigación.	<ul style="list-style-type: none"> - RMP buena: Si en más de 60% del puntaje total posible (>15 pts.) - RMP regular: Situación que no cumple con los criterios de relación adecuada ni relación inadecuada. (14 – 9 puntos) - RMP mala: Si en menos de 40% del puntaje total posible (<8).
Satisfacción en la consulta	Valor numérico dado por el paciente para calificar su conformidad con la consulta.	Social	- Pregunta 14 del cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> - Mala - Regular - Buena - Muy buena

			PREMEPR A	
Cuestionario PREMEPRA	El cuestionario PREMEPA (percepción de la relación médico- paciente) está conformado por tres bloques.	Social	<ul style="list-style-type: none"> - “Percepción de la relación médico paciente (RMP). - Datos generales del médico. - Datos generales del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - RMP buena $\geq 14,4$ - RPM regular 7,6-14,4 - RMP mala $\leq 7,6$.
Escala de empatía médica de Jefferson	La escala de empatía médica de Jefferson en su versión PS está orientada hacia el comportamiento empático del médico en encuentros con paciente e incluye 20 ítems a evaluar mediante escala tipo Likert de siete puntos (siendo 1= muy en desacuerdo, 7= muy de acuerdo). Esta fue validada por Alcorta- Garza, González, Tavitas, Rodríguez, & Hojate en el año 2005.	Social	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de perspectiva: ingrediente cognitivo central de la empatía, se evalúa con las 10 primeras preguntas realizadas en sentido positivo. - Atención o cuidado compasivo: incluye ocho elementos redactados 	<ul style="list-style-type: none"> - Empatía baja. - Empatía media. - Empatía alta.

			negativamente - Ponerse en los zapatos del paciente: incluye 2 elementos redactados en modo negativo.	
--	--	--	--	--

6.8 Métodos e instrumentos de recolección

6.8.1 Métodos. Se aplicará la escala de empatía médica de Jefferson a los médicos del centro de salud Miraflores de la ciudad de Loja. El consentimiento informado y el cuestionario PREMEPRA serán aplicados a los usuarios del mismo centro.

6.8.2 Instrumentos.

6.8.2.1 Consentimiento informado (Anexo 1). Este consentimiento será dirigido a los usuarios del servicio de consulta externa del centro de salud Miraflores a quienes se los invitará a participar en el estudio denominado: “Relación médico paciente y satisfacción del usuario del centro de salud Miraflores Loja”.

Este documento contará con la siguiente información del estudio: investigador, director de tesis, introducción, propósito, tipo de intervención de la investigación, selección de participantes, participación voluntaria, beneficios, riesgos, confidencialidad, compartiendo los resultados, derecho a negarse o retirarse, a quién contactar, nombre del participante, firma del participante y fecha

6.8.2.2 Cuestionario PREMEPA (Anexo 2). El cuestionario PREMEPA (percepción de la relación médico-paciente), diseñado y validado por Ramos C. (2007) es una encuesta desarrollada con la finalidad de valorar la satisfacción de los pacientes en relación a la atención brindada por el médico, está conformado por tres bloques, el primero denominado “Percepción de la relación médico paciente (RMP)”, el segundo “Datos generales del médico”, y el tercero “Datos generales del paciente”. Para construir los rangos de la percepción de la RMP, se utilizó

la fórmula de Statones, con lo cual se establecieron 3 niveles: RMP buena ≥ 15 ; RPM regular 9-15; y RMP mala ≤ 8 .

6.8.2.3. Escala de empatía médica de Jefferson (Anexo 3). La escala de empatía médica de Jefferson validada por Alcorta-Garza, González, Tavitas, Rodríguez, & Hojate en el año 2005. En su versión PS está orientada hacia el comportamiento empático del médico en encuentros con paciente e incluye 20 ítems a evaluar mediante escala tipo Likert de siete puntos (siendo 1= muy en desacuerdo, 7= muy de acuerdo), 10 elementos se redactaron positivamente y los otros 10 negativamente; para efectos de su tabulación, las preguntas con sentido negativo se invierten mediante el procedimiento 8-X, donde «X» corresponde al valor asignado a la pregunta, Los niveles de empatía están en relación directa con los puntajes obtenidos, pudiendo ser 20 puntos el menor y 140 puntos el máximo, y de acuerdo a las percentiles se ubica al evaluado en baja, media y alta empatía.

6.9. Procedimiento

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se procederá a solicitar la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la carrera de Medicina Humana, posteriormente se solicitará la designación del director de tesis y una vez asignado el director, se realizarán los trámites legales correspondientes dirigidos a solicitar la autorización para la recolección de datos a las autoridades del Centro de Salud Miraflores de Loja. Para el proceso de recolección de datos se asistirá en el horario de atención del centro de salud, eligiendo una muestra al azar para aplicar la encuesta. El siguiente paso consistirá en identificar a los participantes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la muestra con la que se realizará el estudio y socializarles el consentimiento informado. Posteriormente se les explicará cómo proceder a llenar cada apartado de la encuesta y se resolverá cualquier duda existente relacionada a la investigación o al llenado del cuestionario, cabe mencionar que en el caso de pacientes analfabetos la investigadora procederá a llenar la hoja de información. Con toda la información recolectada, se hará una tabulación y análisis estadístico de la misma en el programa Excel.

6.10. Recursos humanos y materiales

- Tesista: Ana Pinzón
- Directora de tesis: docente de la Facultad de Salud Humana
- Usuarios del servicio de consulta externa del centro de Salud Miraflores
- Laptop

- Cuestionario PREMEPRA y escala de empatía médica de Jefferson.

6. Cronograma

TIEMPO	2019				2020																2021																							
	Octubre Noviembre Diciembre				Enero Febrero Marzo				Abril Mayo				Junio Julio				Agosto Septiembre				Octubre Noviembre Diciembre				Enero				Febrero				Marzo											
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Revisión bibliográfica	x	x	x	x																																								
Elaboración del proyecto					x	x	x	X																																				
Proceso de aprobación del proyecto									x	x	x	x	x	x																														
Recolección de datos															x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																
Tabulación de la información																					x	x	x	x	x	x	x	x																
Análisis de datos																							x	x	x	x	x	x																
Redacción de primer informe																									x	x	x	x																
Revisión y corrección de informe final																											x	x	x	x														
Presentación de informe final																																	x	x	x	x								

7. Presupuesto

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización	Galón de ECO	60	2.00	120.00
	Pasaje bus	120	0.60	72.00
	Taxi	60	1.25	75.00
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	Resmas	5	3.00	15.00
Esferos y lápices	Unidad	20	0.30	6.00
CD en blanco	Unidad	3	1.00	3.00
Internet	Mes	12	28.00	336.00
Anillados	Unidad	4	1.00	4.00
Empastados	Unidad	1	10.00	10.00
Memoria USB (4Gb)	Unidad	1	12,00	12.00
EQUIPOS				
Computador	Equipo	1	500.00	500.00
Impresora	Equipo	1	300.00	300.00
Tonner	Frasco	8	10.00	80.00
Sub total				1533
(Imprevistos 20%)				306
TOTAL				1839