

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE COMUNICACIÓN, LINGÜÍSTICA Y LITERATURA  
ESCUELA DE COMUNICACIÓN**

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN COMUNICACIÓN CON MENCIÓN EN COMUNICACIÓN  
ORGANIZACIONAL**

**“EVALUACIÓN DEL USO DE LA COMUNICACIÓN  
INTERPERSONAL EN LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE EN EL  
SERVICIO MÉDICO UNIVERSITARIO DE LA PUCE”**

**NOEMÍ GLORIA VARGAS LEÓN**

**DIRECTORA: MÁSTER MARÍA DEL CARMEN CEVALLOS**

**QUITO, 2017**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de investigación a Dios, a mis padres, abuelos, tía y hermano.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta aquí de su mano, a mis padres por su apoyo para culminar la carrera y su infinito amor hacia mí, a mi familia por sus oraciones. A mis amigos por su apoyo, a mi hermano por sus consejos y a mi directora de tesis Máster María del Carmen Cevallos por ser una guía en este proceso además de una amiga.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>CAPÍTULO I</b> .....	1
<b>COMUNICACIÓN, COMUNICACIÓN PARA LA SALUD Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE</b> .....	1
1.1 Proceso de comunicación.....	1
1.2 La Comunicación interpersonal .....	4
1.3 La comunicación intercultural .....	7
1.4 Comunicación para el cambio social .....	10
1.5 Comunicación para la salud .....	12
1.6 Habilidades sociales.....	13
1.7 Comunicación no verbal .....	15
1.8 Paralenguaje.....	16
1.9 Kinésica .....	18
1.10 Semiología en medicina.....	20
1.11 Empatía .....	22
1.12 La relación médico - paciente .....	25
<b>CAPÍTULO II</b> .....	28
<b>EL SERVICIO MÉDICO UNIVERSITARIO</b> .....	28
2. 1 Breve reseña histórica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.....	28
2.2.- Filosofía organizacional como universidad.....	29
2.2.1 Misión.....	29
2.2.2 Visión .....	31
2.2.3 Objetivos estratégicos de la PUCE.....	31
2.3 Servicio Médico Universitario .....	32
2.3.1 Reseña Histórica.....	32
2.3.2 Datos del Servicio Médico Universitario .....	33
2.3.3 Filosofía organizacional .....	34
2.4 Organigrama institucional.....	40
<b>CAPÍTULO III</b> .....	42

<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL SERVICIO MÉDICO UNIVERSITARIO DE LA PUCE</b> .....	42
3.1 Presentación de resultados .....	42
3.1.1Objetivos del estudio .....	42
3.1.2 Metodología .....	42
<b>CONCLUSIONES</b> .....	84
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	86
<b>REFERENCIAS</b> .....	87
<b>ANEXOS</b> .....	95

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1. Modelo del proceso de comunicación de Aristóteles .....	1
Gráfico No. 2. Procesos y componentes de la comunicación.....	2
Gráfico No. 3. Modelo lineal de Laswell. ....	2
Gráfico No. 4. Organigrama institucional Centro Médico Universitario .....	40
Gráfico No. 5. Número de pacientes atendidos de enero a agosto 2016 .....	41
Gráfico No. 6. Médico que lo atendió .....	44
Gráfico No. 7. ¿El doctor le recibe amablemente?.....	45
Gráfico No. 8. Al ingresar a la consulta el doctor le saluda .....	46
Gráfico No. 9. ¿El médico le preguntó cuál es la dolencia?.....	47
Gráfico No. 10. ¿Cuánto tiempo aproximadamente le atendió el doctor? .....	49
Gráfico No. 11. El médico: le prestó atención, escribió mientras usted hablaba, lo miró a los ojos, otro. ....	50
Gráfico No. 12. ¿Sintió confianza de preguntar al médico sus inquietudes durante la consulta? .....	52
Gráfico No. 13. El médico lo miró a los ojos .....	54
Gráfico No. 14. ¿El médico parecía cansado o estresado durante la consulta?.....	55
Gráfico No. 15. ¿El médico parecía preocupado por usted? .....	56
Gráfico No. 16. ¿Durante la consulta con el médico, se sintió cómodo? .....	58
Gráfico No. 17. ¿Hubo sentimientos de superioridad por parte de su médico? .....	59
Gráfico No. 18. ¿Usted esconde síntomas al médico? .....	60
Gráfico No. 19. Durante el examen físico:.....	61
Gráfico No. 20. ¿Consulta a otras personas o en internet antes de acudir a un médico? .....	63
Gráfico No. 21. ¿A quién consulta? .....	63
Gráfico No. 22. ¿Utilizó su celular durante la consulta?.....	65
Gráfico No. 23. ¿El médico usó su celular durante la consulta?.....	66
Gráfico No. 24. ¿El médico pudo ver las cosas desde mi perspectiva? .....	68
Gráfico No. 25. ¿Fue difícil para el médico ver las cosas bajo su perspectiva?.....	68
Gráfico No. 26. ¿Se siente mejor cuando el médico comprende sus sentimientos?.....	69
Gráfico No. 27. ¿Consideró que la actitud del médico es importante durante la consulta? ....	70
Gráfico No. 28. ¿El médico tuvo sentido del humor durante la consulta? .....	72
Gráfico No. 29. ¿El médico trató de poner atención a sus emociones durante la consulta? ...	73
Gráfico No. 30. ¿El médico puso atención a sus inquietudes?.....	74

Gráfico No. 31. ¿Considera importante que el médico le pregunte lo que sucede en su vida para entender sus molestias físicas? .....	75
Gráfico No. 32. ¿Cree usted que un médico comprensivo, que le escuche,.....	76
Gráfico No. 33. ¿Al entregarle el diagnóstico, el doctor le explicó .....	78
Gráfico No. 34. ¿La explicación del médico fue entendible? .....	79
Gráfico No. 35. ¿Sigue al pie de la letra las indicaciones que le da el médico? .....	81
Gráfico No. 36. ¿En cuanto a habilidades comunicativas, qué le sugeriría al médico.....	82

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1. El proceso de comunicación .....	3
Tabla No. 2. Objetivos de la comunicación asertiva .....	10
Tabla No. 3. Estadísticas de Atención de enero a agosto del 2016 .....	41
Tabla No. 4. Perfil de Encuestados .....	43
Tabla No. 5. El proceso de la comunicación con el paciente. ....	48
Tabla No. 6. El médico; le prestó atención, escribió mientras usted hablaba, lo miró a los ojos, otro. ....	50
Tabla No. 7 . ¿Sintió confianza de preguntar al médico sus inquietudes durante la consulta?.....	52
Tabla No. 8. El médico lo miró a los ojos .....	54
Tabla No. 9. ¿El médico parecía preocupado por usted? .....	56
Tabla No. 10. Durante el examen físico: .....	62
Tabla No. 11. ¿El médico usó su celular durante la consulta? .....	66
Tabla No. 12. ¿Consideró que la actitud del médico es importante durante la consulta? .....	70
Tabla No. 13. ¿Considera importante que el médico le pregunte lo que sucede en su vida para entender sus molestias físicas? .....	75
Tabla No. 14. ¿Cree usted que un médico comprensivo, que le escuche,.....	77
Tabla No. 15. ¿La explicación del médico fue entendible?.....	80

## RESUMEN

La presente disertación se enfoca en conocer el uso de la comunicación interpersonal en la relación médico- paciente en el Servicio Médico Universitario de la PUCE, en la cual laboran 7 médicos. Esta investigación responde a la pregunta ¿Cómo influye el manejo de la comunicación interpersonal entre el médico y el paciente en la satisfacción de la consulta médica después de ser atendido? El objetivo principal fue determinar las características de la comunicación interpersonal entre médico - paciente en el SMU en consulta abierta, el manejo del lenguaje corporal, verbal, las competencias comunicacionales de los médicos y otros aspectos de la comunicación interpersonal. Se usó el método cuantitativo a través de la técnica de la encuesta. Se aplicaron 100 para la recolección de la información en usuarios del Servicio Médico al finalizar la cita médica. Este proceso se llevó a cabo del 10 de junio al 20 de julio del 2016. El instrumento tuvo 33 preguntas cerradas y una abierta. Se realizó la interpretación de los datos a fin de contextualizar la información obtenida. Los resultados más relevantes muestran que la mayoría de pacientes se sintieron cómodos durante el encuentro clínico, además de asegurar que una relación sana con el médico resulta de ayuda en el proceso de curación, sin embargo, hay aspectos que merecen ser mejorados para que la consulta sea óptima.

## INTRODUCCIÓN

Todo comportamiento humano es comunicativo. Ya en 1967, desde la escuela de Palo Alto, Paul Watzlawick lo enunció rotundamente en uno de sus conocidos axiomas: “es imposible no comunicar”. Dicho de otro modo, haga lo que haga el ser humano siempre comunica, incluso si no se pronuncia palabra, aunque no mueva un músculo del cuerpo, esto será interpretado por los demás como un mensaje con significado. Evidentemente, esta afirmación puede ser extrapolada al ámbito académico y específicamente al profesional de la salud.

Desde el siglo pasado la OMS<sup>1</sup> redefine el concepto de salud, y lo plasma en el preámbulo de su constitución, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” por lo cual las personas y pacientes esperan encontrar respuestas fiables, para lo que necesitan ser tratados como individuos y no como casos clínicos únicamente (OMS, 1948). Por ello, el personal médico debe estar consciente de que “los mensajes configuran percepciones en la estructura mental de los individuos, con las que, a su vez, se forma la imagen que tienen del sistema sanitario” (Merayo, 2014, p.55), por lo tanto, el personal de salud debe considerar que la comunicación asertiva es un elemento indispensable para garantizar una favorable relación entre médico y paciente.

Según este mismo autor, es importante tener en cuenta que un deficiente entrenamiento en las habilidades sociales en el médico puede tener consecuencias significativas. Por ejemplo, el paciente puede no entender las explicaciones recibidas, se olvida las indicaciones médicas, participa poco o pasivamente, incumple las prescripciones, disminuye la adherencia al tratamiento o lo abandona, aumenta su insatisfacción y puede optar por cambiar de profesional. Por lo cual en esta investigación es necesario analizar cada aspecto del proceso de la comunicación requeridos para una correcta relación médico-paciente.

Se destaca el análisis de este tema en la PUCE debido a que la relación entre médico y paciente no ha sido la misma a través de los tiempos. En efecto, históricamente, desde el inicio de los tiempos y desde los cuales se tiene registro, se concibió al médico o tratante como una suerte de Dios sobre la tierra, quien era incapaz de cometer algún error.(Tamayo, 2007 ), sin embargo en la actualidad, cuando se trata de salud, haya o no carencia de esta, la

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud

mayoría de pacientes y personas no solo se conforman con diagnósticos y tratamientos, tampoco ven con buenos ojos a las deficiencias o demoras del sistema sanitario, ni mucho menos con médicos que no saben relacionarse de buena manera con el paciente.

En el caso de los Centros de Salud Públicos se aprecia una falta de empatía por parte del personal médico, como manifiesta el médico residente Israel Vargas<sup>2</sup>, quien afirma que dicho problema puede ser provocado por la ausencia de habilidades sociales y por las condiciones laborales en la que los médicos trabajan, ya que deben atender la mayor cantidad de pacientes en una hora lo que significa que cada cita no dura más de 15 minutos, tiempos definidos por principios médicos internacionales, por consiguiente, se ven obligados a administrarlos de forma automática, sin implicarse demasiado, lo que dificulta el acercamiento entre médico – paciente.

El sistema educativo actual, en su afán de formar profesionales de excelencia se limita a la enseñanza del conocimiento científico, dejando de lado el trato humano. En el Ecuador no existen antecedentes, estadísticas ni estudios referentes al nivel de satisfacción que tienen los pacientes con el trato que reciben por parte de los médicos e instituciones de salud, así como de la relación entre médico - paciente y la incidencia de esto en la recuperación del paciente.

El primer capítulo aborda la teoría que sustenta la disertación, se plantean los conceptos clave acerca de la comunicación, así como sus tipos y procesos necesarios para llevar a cabo una relación clínica satisfactoria. También se exponen conceptos sobre la relación médico-paciente que permiten dar un panorama amplio y crear una idea clara acerca de dicha relación, relacionándose siempre a la comunicación.

En el segundo capítulo se da una breve reseña acerca de la historia de la universidad, así como su filosofía, ya que el Servicio Médico Universitario es parte de la misma. Este capítulo es un acercamiento a la institución, se abordan las características principales de la misma: su origen, reseña histórica, funciones, cómo se maneja el organigrama. Esta información se adquiere a través de entrevistas ya que como Servicio Médico Universitario no maneja plataformas web ni posee una filosofía organizacional oficial.

---

<sup>2</sup> Israel Vargas, médico residente del Centro Clínico Quirúrgico IESS de la ciudad de Macas, graduado en la Universidad Central del Ecuador

En el tercer capítulo se presenta el análisis de resultados que se consiguió a través de las 100 encuestas, se muestran gráficos que permiten tener una visión amplia sobre lo que los usuarios respondieron, así como la perspectiva y opiniones que tienen acerca de cómo debe llevarse la comunicación entre médico-paciente para ser eficaz y obtener buenos resultados clínicos, así como mayor adherencia al tratamiento. En las preguntas más representativas se realiza cruce de variables con el fin de obtener resultados precisos acerca del trato que da al paciente cada uno de los médicos que atienden en el Servicio Médico Universitario.

# CAPÍTULO I

## COMUNICACIÓN, COMUNICACIÓN PARA LA SALUD Y RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

### 1.1 Proceso de comunicación

La comunicación es un fenómeno de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales los seres vivos se comunican con sus semejantes para transmitir o intercambiar información. Este fenómeno es relevante por el hecho que aporta a su receptor un paquete de energía compatible con su sistema de transacción de cargas, beneficiándole en alguna de sus capacidades (DeFleur & Ball-Rokeach, 1985).

El proceso comunicativo es el acto por el cual los seres humanos desarrollan diversas actividades de carácter lingüísticas, esto es semiótica, pragmática, etc., “con el fin de adquirir, crear, aprender y usar códigos de signos” (Niño, 1985, p.25). En otras palabras el proceso comunicativo se refiere al acto por el cual el ser humano adquiere su competencia comunicativa<sup>3</sup>. Dentro del ejercicio de dicho proceso se pueden identificar los actos del habla y los actos comunicativos. Según Niño (1985), estos últimos se refieren a la acción unitaria global por la cual, mediante un código y contexto determinado se produce un enunciado sin un remitente claro, mientras que un acto de habla es un acto comunicativo realizado mediante una lengua oral que es el medio fundamental por excelencia de la comunicación humana. En la práctica, con el fin de entender y explicar el proceso de comunicación, se han desarrollado modelos explicativos. El primer modelo del proceso de comunicación y el más conocido, es el “retórico” de Aristóteles (334 - 332 a.C.) quien lo dividió en tres fases:

**Gráfico No. 1.** Modelo del proceso de comunicación de Aristóteles

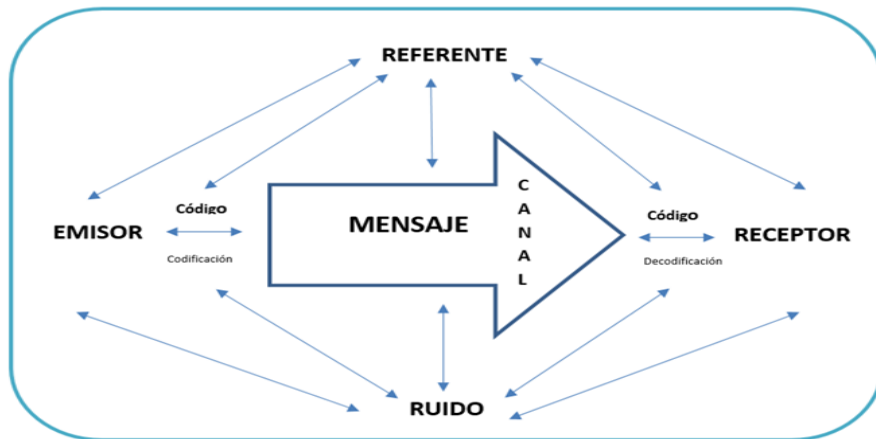


Fuente: Jaen (1982)

<sup>3</sup> Conjunto de conocimientos y competencias lingüísticas que habilitan a los interlocutores para producir o comprender mensaje con significado en diversos contextos.

Aristóteles definió a la comunicación como la “búsqueda de todos los medios posibles de persuasión” (Jaen, 1982, p. 67), es decir, que el emisor logre que el receptor se convenza y asuma como cierta la información que transmite el emisor. En el siguiente esquema se presentan las fases de comunicación tomando en cuenta cada uno de los elementos involucrados en la comunicación.

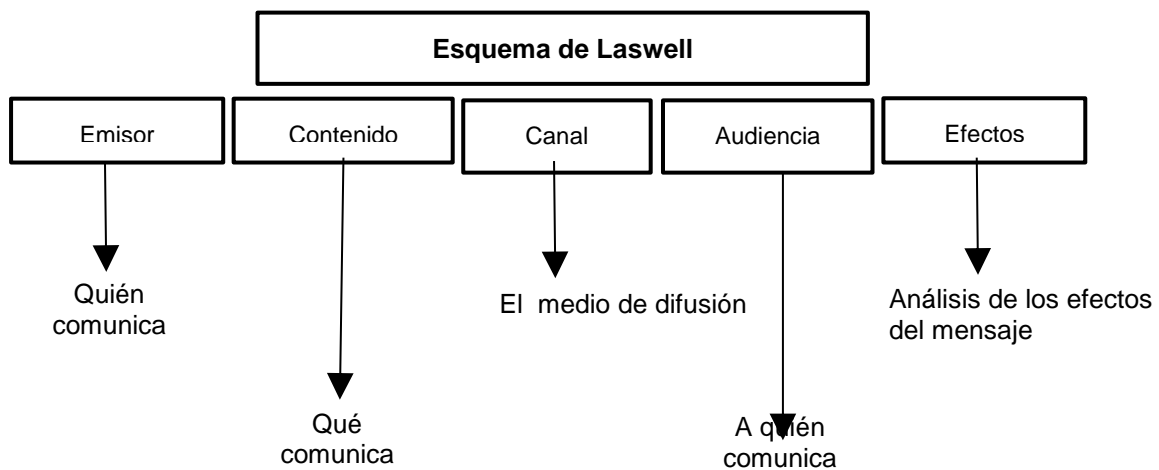
**Gráfico No. 2.** Procesos y componentes de la comunicación



Fuente: Niño (1985)

Para 1948, el politólogo, Harold Lasswell postuló un modelo de comunicación que incluía las tres fases propuestas por Aristóteles más dos elementos: el canal en el que se transmiten los mensajes y los efectos que éstos producen, determinando así que los mensajes son capaces de producir un impacto en su receptor.

**Gráfico No. 3.** Modelo lineal de Laswell.



Fuente: Acosta (2012)

Si se usara el modelo de Lasswell para explicar la relación que existe entre el médico y el paciente durante una cita, cada elemento encaja de la siguiente manera:

**Tabla No. 1.** El proceso de comunicación

<b>QUIÉN</b> (El médico)	El sujeto estimulador que genera los estímulos buscando una respuesta en el sujeto experimental.
<b>QUÉ</b> (Un diagnóstico)	El estímulo comunicativo que origina una conducta comunicativa.
<b>EN QUÉ CANAL</b> (oral o escrito)	Los instrumentos que hacen posible la aplicación de los estímulos comunicativos.
<b>A QUIÉN</b> (paciente)	Sujeto experimental que recibe los estímulos y que va a reaccionar ante ellos.
<b>CON QUÉ EFECTOS</b> (Posibles efectos psicológicos en el paciente con respecto a lo dicho por el médico)	Respuesta obtenida en correspondencia con el estímulo

Fuente: Lasswell (1948)

El proceso de comunicación ideal para una interacción clínica sana "...es como un complejo sistema de acciones e interacciones personales y grupales, donde un individuo trasmite un mensaje a otro y éste a su vez responde a otro mensaje, lo que genera un proceso circular y continuo" (Lewin, 2013, p.104). Convirtiéndose en una interacción en la que las dos partes participan, intercambiando sus conocimientos y dudas con el fin de conseguir una cita médica exitosa y productiva, tanto para el médico como para el paciente.

Lamentablemente, este proceso no se cumple en su totalidad en el Ecuador. De acuerdo a una encuesta realizada en junio de 2013 a cargo de la Magister Yaoska Muñoz en el hospital San Francisco de Quito, realizada para facilitar la creación del Manual de Atención a Usuarios y a su Familia escrito por la misma autora, no existe una comunicación de éxito entre médicos y pacientes o entre enfermeras y pacientes, afirmando que; "El primer resultado presentó [...]"

los siguientes problemas: en primera instancia, comunicación poco eficaz debido a un trato inadecuado, información incompleta, falta de empatía con usuarios molestos o difíciles, y falta de cordialidad” (Muñoz, 2003, p. 86) .

Por otra parte, y demostrando nuevamente que el proceso de comunicación exitoso no se cumple a cabalidad en los servicios médicos del Ecuador, una encuesta de satisfacción realizada en la Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, a cargo de la Sra. Jenny Coyago, demostró que en un 97% de los usuarios que participaron en el estudio desde septiembre de 2013 hasta febrero de 2014 están totalmente insatisfechos con la atención recibida (Coyago, 2014). Si bien no todos los usuarios que demostraron su insatisfacción no justificaron su respuesta, el 56% de aquellos que sí lo hicieron registraron que fue por una deficiente comunicación. En dicho caso, se puede argumentar que la falta de un proceso de comunicación eficaz puede ser vista como un factor de disminución de la calidad.

Con base en lo anteriormente presentado, se puede observar que las falencias en el proceso de comunicación entre los funcionarios de la salud y sus pacientes genera una idea equívoca de que la atención recibida ha sido de mala calidad, catalogando así a la sociedad médica como incapacitados para tratar pacientes, o incluso llegando a tipificar a la sociedad como principal causante de malestares. Entonces, mejorar el proceso de comunicación no solamente generará cambios positivos a nivel hospitalario, sino un cambio positivo a nivel social.

## **1.2 La Comunicación interpersonal**

Según Zayas (2011), la comunicación interpersonal es el nivel donde se produce la relación humana directa con mayor intensidad y es el más efectivo en la comunicación humana, expone a las personas a contactos directos entre los ejecutantes (ejecutores) que se interrelacionan, enriquecen y crean nuevas relaciones y vínculos a través de su propia personalidad. El autor expone que en el proceso de la comunicación interpersonal las personas operan de un modo activo, cada cual reflexiona, valora, expresa, tanto verbal como extra verbalmente sus pensamientos, ideas, estados emocionales, experiencias y vivencias personales. Por su parte Hojat (2007) expresa que las relaciones interpersonales pueden satisfacer las necesidades humanas de afiliación y apoyo social.

Uno de los grandes comunicólogos españoles, Román Gubern (2000), autor del libro *Eros electrónico*, plantea que en las sociedades postindustriales, mucha gente pasa más tiempo relacionándose con las pantallas y teclados de los ordenadores que con personas. Esto se ha visto reflejado también en los encuentros clínicos. Con el paso del tiempo, los triunfos de la instrumentación médica han producido un alejamiento entre médico-paciente, además de la preocupación de algunos estudiantes de medicina de que al convertirse en médicos quizá tengan poco que hacer por los pacientes mientras avanza el siglo XXI y las máquinas vayan ocupando su lugar (Hojat, 2007).

Lo cual significa que es necesario que los médicos estén conscientes de que los enfermos necesitan de la cercanía que les brinda una interacción sana, debido a que ni los robots ni las computadoras pueden competir con los seres humanos cuando se trata de empatía, simpatía o amor para aquellos en problemas o con dolor, además de tener en cuenta que la vida humana es vivida en las relaciones como expone Lewis (1998). Por tal motivo, las relaciones médico-paciente proveen una recompensa gozosa personal que sirve como un remedio para el estrés de una profesión demandante, además de actuar como un amortiguador contra la insatisfacción con el sistema de atención a la salud y el agotamiento profesional (Hojat, 2007).

Matthews (1993) afirma que los momentos de entendimiento y conexión en las consultas médicas son frecuentemente marcados por reacciones psicológicas tales como la piel de gallina o un escalofrío; por una inmediatez de conciencia de la situación del paciente (como si se experimentara desde el interior del mundo del paciente); por un sentido de ser parte de un todo mayor; y por un persistente sentimiento de dicha, tranquilidad o asombro. Tales momentos parecen ser terapéuticos para el paciente y para el médico por igual. La dinámica interpersonal es beneficiosa tanto para el médico como para el paciente, como una conexión (*co* por estar juntos y *nexus* por formar un entero) para indicar que las dinámicas interpersonales en los encuentros médico-paciente generan una totalidad mayor que la suma de sus partes.

“En un estudio de los cambios fisiológicos durante la interacción interpersonal, sugieren que la resonancia empática involucra actividades fisiológicas y neurológicas compartidas entre las personas que interactúan” (Hojat, 2007, p.57), por ejemplo, en la frecuencia cardíaca, el estilo interpersonal de un médico, elogiar o criticar, puede influir en la reacción fisiológica del

paciente. Los investigadores observaron que las frecuencias cardiacas de los pacientes se elevaron significativamente más cuando el médico había tenido un mal día (Malno et al, 1957), por ello, es importante que el médico sea comprensivo, genere confianza y esté presto a escuchar, evitando por completo los sentimientos de superioridad, “los médicos que son arrogantes en los contactos interpersonales cometen un pecado mayor que la avaricia, porque la arrogancia interfiere en el desarrollo de una buena relación” (Rosenow, 1999, p. 91 ).

En cuanto al espacio personal, Shamasundar (1999) postuló que las interacciones interpersonales representan un entramado de espacios personales a cambio de información afectiva y cognitiva que da por resultado el entendimiento empático. Compartir los espacios personales es la esencia de una relación empática: a mayor superposición de los espacios personales, más profundo entendimiento empático. En el contexto de los encuentros médico-paciente, un grado deseable de espacio personal debe ser mantenido para facilitar los intercambios interpersonales (Hojat, 2007).

Hojat (2007) menciona que los seres humanos están programados por la evolución para establecer relaciones interpersonales significativas a través de la comunicación verbal y no verbal. En todos, existe un sistema de necesidades de afiliación social: de creación de lazos y unión, de formación de una red social, de sentirse comprendido, de entender y ser entendido. El gran principio es el mismo, sea el individuo un lactante, un niño, un adolescente o un adulto, sea varón o mujer, esté saludable o enfermo: Estar conectado es benéfico para el cuerpo y la mente humana.

Según Hojat (2007), en las consultas médicas, la comunicación interpersonal es la herramienta principal para el intercambio de información. Lewis (1998), explica que, en la antigüedad, la medicina era principalmente una artesanía y fue un arte cuando era practicada por los sanadores griegos (muchos de los cuales eran incapaces de leer o escribir). Lo que significa que la medicina estaba basada en la observación, la introspección, la tradición y, lo más importante, las relaciones interpersonales.

El arte de la medicina consiste en aplicar con gran habilidad la ciencia de la medicina en el contexto de las relaciones humanas para conservar la salud y aliviar la enfermedad. (Blumgart, 1964). “El tratamiento de la enfermedad puede ser totalmente impersonal, pero la atención al paciente debe ser personal por completo” (Peabody, 1984, p.815), considerando

que la relación médico-paciente es una herramienta indispensable en las situaciones clínicas para lograr mejores resultados en el paciente.

Hojat (2007), recalca que se debe tomar en cuenta que la manera en que un médico consulta a sus pacientes puede hacer una diferencia significativa en los resultados en el paciente. En sustento a esta noción Houston (1939) indicó que los médicos también son agentes terapéuticos mediante los cuales las curaciones son efectuadas. Por su parte Squier (1990) hace énfasis en que existe una capacidad interpersonal importante de los médicos, conocida como el entendimiento empático, sin importar la duración o naturaleza de los encuentros clínicos. Se ha sugerido que “la cura está dirigida a la enfermedad, y el cuidado, a los pacientes” (Spiro, 1998, p. 81). El tratamiento de la enfermedad, según el Dr. Francis Peabody (1984), puede ser completamente impersonal, pero el manejo del padecimiento requiere atención interpersonal y empatía, dicha construcción de un relación empática puede verse afectada debido al corto tiempo que se dedica a la consulta médica, entre 10 a 15 minutos, que es el tiempo que estipula el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, esto debido a la gran demanda y a la universalización del derecho a la salud.

### **1.3 La comunicación intercultural**

Antes de abordar la comunicación intercultural, es necesario entender el concepto de cultura que se define como; “el conjunto de actitudes, valores, creencias y comportamientos compartidos por un grupo de personas, comunicando de una generación a la siguiente” (Sternberg, 2004, p. 45). Por lo tanto, la cultura determina cómo las personas se conectan unos con otros.

Toda comunicación busca ser eficaz, esto es, poder llegar a transmitir el mensaje de manera que nuestro interlocutor lo comprenda y actúe en consecuencia, lo cual nos lleva al tema de la competencia o capacidad comunicativa, que, en el caso de movernos en contextos interculturales, es singular. La comunicación intercultural es posible en la medida que se busque generar un espacio de mutuo aprendizaje y enriquecimiento y no meramente con un sentido instrumental, pautado por los objetivos que buscamos cumplir; por ejemplo, sacar adelante un proyecto, convencer que nuestras iniciativas son las mejores o que nuestros enfoques son los correctos.

Heise (1994), menciona que, en general, una actitud que puede contribuir a facilitar la comunicación intercultural debería considerar los siguientes aspectos:

- No hay posturas o verdades universales.
- El diálogo debe estar abierto al cambio y a los múltiples puntos de vista.
- Los conflictos que puedan suscitarse son naturales a toda interacción social.
- No hay cuestiones cerradas absolutamente, todo es posible revisar nuevamente

Markus y Kitayama (1991) sostienen la teoría que, si bien la comunicación intercultural busca la interacción libre y sin limitaciones entre dos o más grupos culturales, las personas de diferentes culturas tienen visiones sorprendentemente diferentes sobre sí mismos y los demás que pueden influir en sus comportamientos de búsqueda y ofrecimiento de ayuda. Por lo tanto, los médicos requieren un punto de vista extremadamente amplio y abierto al cambio y deben tomar en cuenta los factores socioculturales.

Los factores socioculturales en los encuentros clínicos, pueden influir en la comunicación médico-paciente y la toma de decisiones clínicas. Las normas culturales, las diferencias raciales o étnicas, las creencias religiosas, el estereotipo sexual y otras fuentes encarnadas de identidad pueden incidir en el compromiso empático en el contexto de la atención al paciente (Weissman, 2005). Los factores etnoculturales pueden no solo influir las presentaciones e interpretaciones del individuo en encuentros clínicos, sino que también pueden afectar significativamente el proceso y los resultados de la atención al paciente (Comas-Díaz & Jacobsen, 1991).

El caso de los Testigos de Jehová y las transfusiones de sangre, por ejemplo, marca una clara necesidad de comunicación intercultural y de entendimiento de las dos partes. Los testigos de Jehová se niegan a las transfusiones de sangre por motivos religiosos, bioéticos y legales, y la ciencia médica ha jurado velar por la vida de sus pacientes a toda costa. Incluso en la Constitución ecuatoriana se establece la libertad de culto, sin embargo, en la carta de los derechos humanos, en el primer artículo, se establece el derecho universal y humano a la vida y a la salud. En las salas de atención médica del Ecuador, en el año 2013, la DINAPEN<sup>4</sup> y la ex Jueza Carmen Alicia Arguello, ordenaron que se realizara una transfusión sanguínea a un

---

<sup>4</sup> Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes

menor de edad perteneciente al grupo religioso Testigos de Jehová; en efecto, la transfusión era necesaria pero los padres no fueron informados ni se solicitó su permiso como representantes legales (Yáñez, 2014). En el ejemplo anterior, la queja de los padres no fue el que se realizara la transfusión, sino el que no fuesen consultados. Los médicos, involucrados alegaron que siguieron los protocolos de emergencias médicas y que salvaron la vida del menor, y que no hubo tiempo de solicitar el permiso de los padres durante la cirugía a la que el menor se sometía.

Para Kleinman (1978), las realidades clínicas están construidas culturalmente, y la naturaleza de las relaciones médico-paciente varía en diferentes culturas y grupos étnicos. Es claro que la cultura puede ejercer una importante influencia sobre la naturaleza y los contenidos de la comunicación médico-paciente. Sin embargo, el entendimiento empático siempre es benéfico en los encuentros clínicos sin importar las peculiaridades culturales. Por su parte, Hojat (2007) expresa que debido a que la preocupación empática tiene una diferente connotación en culturas diferentes, la conciencia del médico de las peculiaridades culturales de sus pacientes puede fortalecer el entendimiento empático. Por esta razón, los aspectos culturales deben recibir atención formal en los programas de educación médica de pregrado, posgrado y de extensión.

Es importante que los médicos establezcan sus parámetros de manera directa y responsable, sin embargo, no se debe olvidar el respeto a las creencias, a los ideales y por supuesto a los derechos. Es por este motivo que, en este trabajo de investigación, se incorporará a la comunicación intercultural el concepto de comunicación asertiva.

Para Zayas, (2011), la asertividad es aceptar o tolerar el derecho de los demás a pensar, opinar, actuar. Esta cualidad se encuentra relacionada con el respeto al otro, actuar con firmeza, sin agresividad, ni superioridad, ni prepotencia permite aceptar los propios errores y el de los demás. Por lo cual, se puede afirmar que la asertividad permite a una persona conseguir el objetivo de la comunicación de manera efectiva, es decir sin hacer daño a otros ni así mismos, está por ello considerada como una habilidad de comunicación interpersonal o interacción social de gran importancia. Ser asertivo significa decir lo que se piensa sin dañar los sentimientos, opiniones y creencias de los demás, sin ofenderlos. Hace que una persona sea socialmente competente, pues transmite con habilidad opiniones, intenciones, posturas, creencias y sentimientos.

Para ser asertivo hay que llevar a cabo una serie de estrategias de comunicación verbal y no verbal. Estas estrategias sirven para alcanzar los siguientes 4 objetivos característicos de la comunicación asertiva:

**Tabla No. 2.** Objetivos de la comunicación asertiva

1.-Eficacia	Conseguir a través de la comunicación aquello que uno se propone.
2.-Seguridad y confianza en uno mismo	Por ejemplo no sentirse incómodo al hacer una petición o decir no cuando nos solicitan algo que no consideramos razonable.
3.-Preservar la relación con el otro	Cuando se pone de manifiesto un conflicto de intereses, la comunicación asertiva permite ocasionar el mínimo daño para uno mismo para el otro y para la mutua relación en el futuro.
4.-Establecer relaciones positivas con los demás	En caso de aceptación asertiva, es decir, de admisión de elogios y cumplidos. (Arranz et al, 2009)

Fuente: Arranz (2009)

Al relacionar este concepto con lo mencionado en la comunicación intercultural, se puede concluir que el médico puede respetar las creencias, comportamientos, y demás factores socioculturales de sus pacientes sin perder su carácter de autoridad en su campo científico de dominio.

#### **1.4 Comunicación para el cambio social**

La comunicación pertenece al ser humano en todos los niveles de su existencia, y ha sido copartícipe de su progreso a lo largo de toda su historia, ergo, es de esperarse que también acompañe al ser humano dentro de las sociedades en el que este se desarrolla, es en este punto en el que la comunicación se transforma de una herramienta de interacción social en una herramienta de transformación social. “La comunicación para el cambio social, como ideología, más no como concepto, surge a partir de la segunda guerra mundial como una herramienta de lucha social anticolonial y anti dictatorial” (AFACOM, 2002, p. 28). Es así que este tipo de comunicación gana sus características más importantes. La comunicación para el cambio social promueve cambios sociales, colectivos antes que individuales, y acciones de comunicación desde las comunidades y no para las comunidades.

De acuerdo a Luis Ramiro Beltrán (2005), la comunicación para el cambio social es participativa, surge de la sociedad, se basa en la propia cultura (respeto a las lenguas, y la historia), busca alianzas y establece redes, y además se define como:

...la apuesta cultural de cambio, [con la cual] se requiere legitimar y promover una actitud frente a la vida asumiendo: el desarrollo como meta personal y colectiva; una mirada común: gestando una identidad comunicativa que mire al futuro; un estilo de actuación basándose en el diálogo y la concertación (Beltrán, 2005, p.108).

Entonces, con el fin de obtener un cambio en la problemática comunicativa, se debe entablar un diálogo en el cual las dos partes sean vista como iguales. Según la AFACOM<sup>5</sup> (2002), uno de los modelos mejor estructurados en este sentido equitativo es la denominada comunicación para el desarrollo, cuyo principal promotor, desde principios de los años setenta, fue la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO). En ciertos aspectos, la comunicación para el desarrollo se inspiró en el modelo de la difusión de innovaciones, modelo por el cual se promovió la introducción de tecnología para informar a quienes tienen menos acceso a la información.

La comunicación para el desarrollo, desde sus orígenes, hacía énfasis en una tecnología apropiada, que pudiera ser asumida por el campesino pobre, y planteaba además la necesidad de establecer flujos de intercambio de conocimiento e información entre las comunidades rurales y los técnicos y expertos institucionales, en lugar de asumir que la solución era una “transferencia” unidireccional de conocimientos (Rogers, 2003). Entonces, tras la búsqueda de una equidad social, es que este concepto de comunicación para el desarrollo se transforma, a partir de una serie de reuniones de especialistas convocados por la Fundación Rockefeller, en comunicación para el cambio social. Es a partir de 1997 que la comunicación para el cambio social surge como concepto: “Es un proceso de diálogo y debate, basado en la tolerancia, el respeto, la equidad, la justicia social y la participación activa de todos” (AFACOM, 2002, p.32).

La comunicación para el cambio social, hoy en día, apuesta a la equidad de género y visibilización de las mujeres, etnias y niñez, y concibe la comunicación no desde el media centrismo comercial y partidario, sino que apuesta a otras formas de comunicación y construcción de imaginarios sociales y culturales por medio de la comunicación alternativa:

---

<sup>5</sup> Asociación Colombiana de Facultades y Programas Universitarios de Comunicación

asambleas de base, teatro, cabildos, uso de Internet, edu-entretenimiento, campañas y medios de comunicación con un modelo de sociedad civil, y basismo (Calandria, 2005)

### **1.5 Comunicación para la salud**

Aunque hay cambios positivos en años recientes, la comunicación para la salud ha estado dominada mucho tiempo por el personal de salud y no por personal especializado en comunicación. Ese dominio del personal de salud no especializado en el campo de la comunicación, ha derivado frecuentemente en esquemas prescriptivos y verticales, que en síntesis parecen afirmar: “El doctor sabe, el paciente obedece”. Por supuesto, el tema es mucho más complejo y tiene que ver con la relación de poder que se establece entre el personal de salud y los pacientes” (Gumucio, 2010, p. 67).

Para los servicios de salud el paciente no es sino un “cliente”. Así lo aclara Gumucio (2010), quien expone que el paciente no es considerado como una persona (y menos como una comunidad), que debería tener parte activa en las decisiones que se toman sobre su vida y su futuro. Es decir, se considera al paciente un consumidor que pide un bien (la salud) y que recibe exactamente lo que pide, sin mayor interacción; esto se debe a que los médicos y/o profesionales de la salud son vistos como los únicos que tienen el conocimiento sobre los males del paciente.

El modelo prevaleciente hasta hoy en los servicios de salud (y por lo tanto en las estrategias de comunicación a su servicio) es aquel donde “...los técnicos aparecen como jefes, jerárquicamente superiores y como poseedores de verdades absolutas, de verdades científicas que, como tales, no admiten discusión” (Gumucio, 2010, p.78). Dicho enunciado contradice al proceso de comunicación previamente discutido y por supuesto al concepto de comunicación para el cambio social anteriormente mencionado, en el cual las dos partes son vistas como miembros iguales de la sociedad con las mismas condiciones.

Por otra parte, el desconocimiento de las normas de comunicación y la falsa premisa de que todo personal de salud debería convertirse en un experto “Comunicador”, ha llevado a cometer errores como el confundir la comunicación con la información (Gonzales, 2012). La confusión entre comunicación e información contribuye a distorsionar aún más el escenario. Los médicos malinterpretan la necesidad del paciente de comunicarse y entender lo que pasa

con ellos y la entienden como la necesidad del paciente de saber acerca de su enfermedad, llevando a un derroche de conocimiento de la terminología médica por parte del médico y a una falta de conocimiento por parte del paciente; llevándolo incluso a cuestionar el interés del médico en lo que él/ella tiene que decir acerca de su propio mal (Duque, 2006).

Según Milton Erickson, la relación médico-paciente se basa en “la colaboración entre dos expertos: El paciente experto en sí mismo y el médico experto en la ciencia” (Erickson, 1967, p.128) pero partiendo del conocimiento del paciente sobre su mal y no viceversa, sin embargo, como se observa en el siguiente ejemplo del sistema de salud pública en Nueva Delhi, esto no suele cumplirse “El doctor garabateó una receta y me la entregó. ‘Vuelva el sábado para que la admitan. Vamos a hacerle una laparoscopia. Ya que estamos... ¿ya la esterilizaron?’ ‘No’, respondí. ‘Entonces haremos todo al mismo tiempo’, me dijo.” (Nataraj, 2006, p.90).

La paciente del ejemplo anterior responde que no desea ser esterilizada, pero la doctora que la atiende insiste y, al recibir otra negativa, consulta con otro médico en una sala contigua, donde la califica de ser una “testaruda” que “rehúsa” el servicio que le ofrecen. Cuando regresa Nataraj le pregunta “cuál es el problema”, y la doctora responde: “No le puedo estar explicando todas estas cosas”. Este ejemplo de la India, no es ajeno a la situación que se vive en América Latina y revelan que precisamente existe un abismo comunicacional entre [médicos y pacientes] Los abusos del personal de salud no solamente tienen un carácter discriminatorio, sino un impacto que va más allá: la pérdida de confianza en los servicios de salud hace que los pacientes acudan a ellos sólo cuando ya están muy graves. Antes, acuden a procedimientos caseros que en muchos casos empeoran su enfermedad.

## **1.6 Habilidades sociales**

Garzón (2011), manifiesta que a partir del siglo XX se desarrolla una medicina masificada. La sociedad de consumo provoca una superabundancia de productos farmacéuticos. En los hospitales, con mayor tamaño y tecnificación se da un uso masificado de la medicina superándose la pura relación médico – enfermo. El gran progreso de estas técnicas específicas y la especialización de la medicina en el siglo XX, los mejores recursos de diagnóstico y tratamiento han hecho olvidar nuevamente la subjetividad del enfermo y con ello la relación médico – paciente. Por su parte, Brutti (1991) plantea que el “hecho” tratado por la medicina

no tiene relación con la persona, de este modo al paciente no se le reconoce el derecho a la palabra y el médico prefiere obtener la información de aparatos sofisticados que del examen físico y de lo contado por el paciente.

Wilkinson y Canter (1982), explican que la habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Además, el grado de efectividad de una persona dependerá de lo que desea lograr en la situación particular en la que se encuentre. El individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción. Por ello, el profesional de la salud debe estar consciente de su propio bagaje cultural al momento de interactuar con los pacientes, tomando en cuenta que la conducta considerada apropiada en una situación puede ser, obviamente inapropiada en otra. Entonces, la habilidad social debe considerarse como una conducta que permite a una persona

...buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos” (Rich y Schroeder, 1976, p. 63), así como “el grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, sin dañar los derechos de la otra persona y comparta estos derechos, etc. con los demás en un intercambio libre y abierto. (Phillips, 1978, p. 57)

El médico y el paciente se relacionan a partir de un encuentro y una conversación estructurada y con objetivos precisos. Esta conversación es la entrevista médica, que se caracteriza por ser primariamente técnica, puesto que persigue un objetivo concreto: obtener en un tiempo razonable el máximo de información relevante para así tener claro el diagnóstico. (Gajardo, 2010)

Entonces, el encuentro entre el clínico y paciente es un evento interpersonal deliberado, y su eficacia para brindar resultados clínicos positivos depende en gran medida de las habilidades sociales del clínico para ganar la confianza del paciente. Starfield (1981), señala que un resultado más positivo en el paciente se logra en un modelo de atención en que el médico y el paciente establecen un entendimiento mutuo acerca del problema de salud del paciente. Para llegar a este buen entendimiento y como consecuencia de una buena relación clínica, es importante tener en cuenta que cuanto más grande es la formalidad, mayores son las probabilidades de que el comportamiento de comunicación sea superficial, vacilante y

estereotipado. Por lo tanto, Hojat (2007) señala que el médico debe evitar ser arrogante y contener el sentido de superioridad, y en su lugar, tornarse amistoso, confiado, relajado, sin prisa y capaz de comunicar su entendimiento empático y sus genuinas inquietudes al paciente, así como a la familia del paciente

Según Gajardo (2010), el clínico debe tener en cuenta de cómo se miran, cómo se hablan y se escuchan, pueden ser fuente, causa y resultado de la mejor o peor relación que se establezca entre ambos, como también un factor determinante en la entrega del diagnóstico y de la forma en que se llega al acuerdo sobre el tratamiento que se debe seguir. La mirada, la palabra y el silencio, al igual que la exploración manual y la instrumental, son constitutivos vertebrales de la relación médico-paciente. No se debe olvidar que el encuentro que se da entre el médico y el paciente tiene siempre un aspecto personal. Se puede así afirmar que el médico debe ser empático y receptivo a lo que expresa el paciente de manera tanto verbal como no verbal. Demostrar interés en lo que le está pasando, en lo que siente, es parte fundamental de una buena comunicación que determinará el futuro de la relación, y contribuirá a crear el contexto humano indispensable como sustrato útil y oportuno para enfrentar el futuro.

### **1.7 Comunicación no verbal**

Knapp (1992) manifiesta que en el encuentro clínico es necesario no obviar ningún mensaje que sea transmitido por el paciente con el fin de conseguir un diagnóstico más exacto, así como construir una relación empática entre médico-paciente, para ello, la comunicación verbal y la no verbal deberían tratarse como una unidad total e indivisible, ya que la interacción verbal necesita el apoyo de las comunicaciones no verbales, además de que las señales no verbales son más espontáneas, más difíciles de simular y menos susceptibles de ser manipuladas. El comportamiento no verbal puede repetir o contradecir lo que se dijo verbalmente, sustituir a los mensajes verbales, complementar, acentuar o regular los flujos de comunicación entre los interactuantes.

Según Knapp (1992), en la interacción comunicativa humana, se identifican los usos primarios del comportamiento verbal, tales como:

- 1.- expresar emociones.
- 2.-transmitir actitudes interpersonales (gusto, disgusto-dominacion, sumision etc).
- 3.-presentar a otros la propia personalidad.

4.-acompañar el habla con el fin de administrar las intervenciones, la retroalimentación (*feedback*), la atención, etc.,

En los encuentros médico-paciente, el reconocimiento de los indicios no verbales y el reconocimiento explícito de los sentimientos, inquietudes y experiencias de los pacientes son importantes para establecer la vinculación, elemento esencial de las relaciones empáticas. Así también lo menciona DiMatteo (1979), quien expone que la vinculación también puede ser fortalecida por la habilidad de los médicos para decodificar y codificar mensajes no verbales y transmitir su entendimiento de esos mensajes a sus pacientes

Matthews (1993), apunta que algunas conductas no verbales que se dice promueven la vinculación, incluyen los esfuerzos del médico para igualar las posturas del paciente, gestos, ritmos de respiración, tono de la voz y velocidad del habla y los patrones de lenguaje. Además como menciona Wolfgang (1979) el tono de la voz, la mirada o el desvío de la mirada, la postura, el silencio, la risa, el lagrimeo de ojos, la expresión facial, los movimientos de manos y cuerpo, el temblor, el tacto, la distancia física, la inclinación hacia adelante o atrás, los suspiros y otras señales de ansiedad o confort son importantes indicios no verbales en los encuentros clínicos.

Por tal motivo, se puede afirmar que la habilidad de los médicos para decodificar los indicios no verbales es un componente importante en la formación de relaciones empáticas con sus pacientes. Rosenthal (1979) explica que utilizando una prueba del perfil de sensibilidad no verbal (prueba PPSNV<sup>6</sup>) encontraron que la percepción de un paciente de que el médico lo escuchó fue pronosticada por la habilidad del médico para decodificar los indicios no verbales, tales como sonrisas, muecas, tamborileo con los dedos y aumento del timbre de voz. A continuación se explica en detalle las principales formas de comunicación no verbales evidenciadas en el encuentro médico-paciente.

## **1.8 Paralenguaje**

*Comprendo la furia en tus palabras, pero no las palabras*  
*SHAKESPEARE (Otelo, Acto IV)*

---

<sup>6</sup> Acrónimo utilizado para referirse a prueba del perfil de sensibilidad no verbal.

El paralenguaje se refiere a cómo se dice algo y no a qué se dice, tiene que ver con el espectro de señales vocales no verbales establecidas alrededor del comportamiento común del habla (Knapp, 1992: 24), es decir los “aspectos no semánticos del lenguaje, con los cuales se comunica el significado expresivo” (Vander, 1986, p. 623), las cualidades físicas del sonido, los modificadores fónicos: el tono, el timbre, la cantidad o la intensidad. Una expresión como “sí, claro”, puede comunicar acuerdo, desacuerdo, agrado, desagrado, desilusión..., dependiendo del tono con el que se emita.

Benítez (2009), refiere a los sonidos fisiológicos o emocionales: el llanto, la risa, el suspiro, el carraspeo, el bostezo, son sonidos que comunican estados de ánimo en general pero algunos tienen también la función de calificar enunciados o regular la conversación, como la risa, que además de indicar alegría, miedo o nerviosismo, la utilizamos para mostrar acuerdo, entendimiento, seguimiento en la conversación y señalar comienzo o final de turno, entre otros; o, elementos cuasi-léxicos: vocalizaciones y consonantizaciones de escaso contenido léxico pero con valor funcional, como son las interjecciones (¡Ah!, ¡Ay!, ¡Ooo!...), las onomatopeyas (Glu-glu, Ring-ring, Zas, Ki-quiriquí...), y otros sonidos (Uff, Hm, Ps, Puaj...); comprensión en la conversación (Ahá), etc.

Knapp (1992), apunta que el paralenguaje tiene los componentes que se enumeran a continuación:

**A) Cualidades de la voz:** se incluyen aquí elementos tales como el registro de la voz, el control de la altura, el control del ritmo, el tempo, el control de la articulación, la resonancia, el control de la glotis y el control labial de la voz.

**B) Vocalizaciones:**

**1.- Caracterizadores vocales.-** Aquí se incluye por ejemplo la risa, el llanto, el suspiro, el bostezo, el estornudo, el ronquido, etc.

**2.- Cualificadores vocales.-** Aquí se incluyen la intensidad de voz muy fuerte a muy suave, la altura de excesivamente aguda a excesivamente grave y la extensión desde arrastrar las palabras hasta el hablar extremadamente cortado.

**3.- Segregaciones vocales.-** Son, por ejemplo, los “hhum”, “mhmm”, “ah”, “uh”, y variaciones de esta suerte.

Un médico debe escuchar no sólo lo que las palabras del paciente dicen, sino también lo que no dicen y para lograr esto y un mejor encuentro de la dinámica interpersonal en los encuentros clínicos, los médicos deben aprender a escuchar a sus pacientes no sólo con los

oídos anatómicos sino también con su tercer oído para ir más allá de las palabras habladas. Jackson (1992) afirma que la vinculación entre médico-paciente será más fuerte y el entendimiento empático entre ambos se volverá más profundo si el médico escucha la noción narrativa del paciente de su enfermedad con el tercer oído y observa los factores personales, psicológicos, sociales y culturales involucrados en las relaciones interpersonales del paciente con la visión mental. Entre más se dice, más se escucha, y entre más se entiende, más profunda se vuelve la relación

### **1.9 Kinésica**

El movimiento del cuerpo o comportamiento kinésico comprende de modo característico los gestos, los movimientos corporales, los de las extremidades, las manos, la cabeza, los pies y las piernas, las expresiones faciales (sonrisa), la conducta de los ojos (parpadeo, dirección y duración de la mirada, dilatación de la pupila) y también la postura. Fruncir el entrecejo, dejar caer los hombros o inclinar la cabeza son todas conductas comprendidas en el campo de la kinésica (Knapp, 1992).

Hay actos no verbales que mantienen y regulan (actos reguladores) la naturaleza del hablar y el escuchar entre dos o más sujetos interactuantes. Indican al hablante que continúe, repita, se extienda en detalles, se apresure, haga más ameno su discurso, conceda al interlocutor su turno de hablar y así sucesivamente, por ejemplo: asentir con la cabeza en rápida sucesión pueden indicar el mensaje “dese prisa y termine” , pero si los movimientos siguen a las pausas que hace el hablante y tiene lugar lenta, deliberada y concienzudamente, pueden querer decir, “siga hablando o “me gusta lo que dice”, las personas que tratan de poner término a una conversación disminuye acusadamente el contacto visual con otra persona. Los reguladores son difíciles de inhibir, son hábitos arraigados y casi involuntarios, pero se tratan de señales de las que somos muy conscientes cuando otros las producen (Knapp, 1992).

Debido a que las expresiones faciales y posturas corporales son la manifestación externa del mundo interno, facilitan la comunicación empática, en especial en el encuentro médico-paciente. Por ejemplo los autores Goldstein y Michaels (1985), explican que el grado de afinidad entre médico y paciente, se correlaciona con el acontecer de una postura compartida. Por su parte, Tronick (1978) asevera que la evidencia experimental sugiere que el cerebro humano está diseñado para estar atento a las señales emocionales emitidas a través de

expresiones faciales. Además, el grado de contacto visual puede indicar la naturaleza del compromiso empático médico-paciente. Por ejemplo, se mantiene un mayor grado de contacto visual cuando la pareja que interactúa siente agrado en lugar de desagrado entre sí. Sin embargo factores culturales y de género ayudan a determinar el nivel de contacto visual deseable en el encuentro médico paciente así también lo menciona Mehrabian (1969).

Los individuos con un alto grado de empatía en comparación con otros, exhiben mayor mímica inconsciente de las expresiones faciales y posturas corporales de otras personas. (Carr, 2003). Hojat (2007) señala que en 1999 este fenómeno fue descrito como el efecto camaleón, dicho efecto es el mecanismo tras la mímica motora que satisface la necesidad humana de conexión y afiliación

Bavelas (1986), dice que la mímica y la habilidad de imitar gestos faciales y entender expresiones faciales, han sido conceptualizadas como un tipo de empatía primitiva, mismas que generan cambios en el sistema nervioso autónomo relacionados con sentimientos que corresponden a la expresión facial. Basch (1983) acota que la imitación inconsciente automática de las expresiones faciales de otras personas (mímica facial) y de los gestos corporales (mímica motora) genera una respuesta automática y sincronizada en el observador que conduce a un mejor entendimiento de las experiencias idénticas a aquellas observadas por el individuo observado

Se ha demostrado que existe una relación directa entre las emociones expresadas en entrevistas clínicas y las respuestas fisiológicas autónomas, tales como la frecuencia cardiaca, la resistencia de la piel y la temperatura facial. La noción de fisiología interpersonal en las interacciones médico-paciente fue introducida por primera vez en un estudio por DiMascio , Boyd y Greenblatt (1957), quienes encontraron que la frecuencia cardiaca y la temperatura de la piel del paciente y del médico estaban sincronizadas durante las entrevistas clínicas.

Inclinarse hacia delante durante las interacciones interpersonales es percibido como indicación de una relación cálida, íntima, atenta y empática. Además, la congruencia postural (posicionar la cabeza, manos y piernas en una forma correspondiente al interactuar con otra persona) es un indicador de vinculación social no verbal entre amigos, colaboradores y aquellos envueltos en una conversación con una meta en común. La congruencia postural

puede ser un remanente entre madre e hijo, un reflejo de la comprensión y el compartir que son importantes en las relaciones empáticas. (Rosenfeld, 1980)

En la relación médico paciente, la postura con la que el médico aborda al paciente puede determinar el nivel de confianza con la que el paciente ingresará a la consulta. Con frecuencia, las personas realizan juicios rápidos acerca de otra persona en base a lo que perciben con sus sentidos, y más directamente con el de la vista. De inmediato, tras percibir el lenguaje no verbal a través de la vista se percibe la actitud de una persona en la forma que usa su cuerpo, en las palabras que usa y el tono que usa, sin embargo, la mayor parte de lo que se entiende proviene del comportamiento no verbal (Turvey, 2008).

Harrigan y Rosenthal (1983), señalan que otros componentes del comportamiento no verbal pueden influir en la percepción de vinculación del paciente durante los encuentros con médicos. Por ejemplo, el médico que asiente con la cabeza (indicando acuerdo o aprobación), se inclina hacia el paciente (indicando atención, accesibilidad, cercanía e interés empático) y se sienta con sus manos descansando sobre sus piernas (indicando apertura, confianza en su capacidad y presteza para responder), en vez de cruzar sus brazos a través del pecho, conduce a una vinculación positiva que abre la puerta a más intercambios empáticos. Los brazos y piernas en posición abierta expresan una actitud menos defensiva y más positiva que las posiciones de brazos y piernas cerrados.

### **1.10 Semiología en medicina**

La semiología es la ciencia por la cual se interpretan signos no lingüísticos, y dentro de la medicina, la semiología es la parte del acto médico que conduce al establecimiento de un diálogo entre el entrevistado -adultos, niños, ancianos- y el entrevistador. Si bien la medicina ha tomado este concepto y lo ha transformado en una parte fundamental de un diagnóstico, sigue guardando parte de su significado original.

“La semiología es la rama de la medicina que se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones de una enfermedad” (Álvarez, 2008, p.61) y se logra a través de la observación, sin embargo, la observación del paciente ha demostrado no ser suficiente, es por esto que la semiología médica ha añadido un nuevo capítulo a su estudio: “El uso de las relaciones interpersonales en la relación médico-paciente”.

El mejoramiento de la relación médico-paciente implica no solo mejorar el arte de la medicina moderna, sino también mejorar las habilidades sociales. El reconocimiento de signos puede ser extrapolado al campo verbal y no verbal, lo cual implica una mayor interacción del médico con el paciente:

Es importante tener en cuenta el impacto de los factores interpersonales y del comportamiento es vital para un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes. Es importante saber escucharlos, entenderlos, observar sus conductas no verbales, facilitar la comunicación y mantener siempre una comunicación empática. (Álvarez, 2008, p.79)

Una cita médica, de cualquier tipo, inicia con el diálogo entre el médico y el paciente, normalmente a manera de entrevista, en la que el médico es el entrevistador y el paciente el entrevistado. La entrevista, que es básicamente el médico en la consulta clásica, se hace pidiendo información a quien consulta o a todo aquel que pueda suministrarla. La conversación entre médico y entrevistado ayuda a que éste sienta que es comprendido, y a que se favorezca un diálogo orientado a obtener información e impartir recomendaciones para la recuperación o la preservación de la salud.

Además, ayuda a disipar dudas, ya que permite al médico indagar en casos en los cuales los exámenes clínicos no basten. En el caso de las afecciones psicósomáticas, por ejemplo, los signos que pueden observarse no necesariamente apuntan a un diagnóstico, y es el diálogo quien llega al origen del problema. Además, permite al médico hacer caso omiso a los diagnósticos no profesionales que los usuarios pueden otorgar, por ejemplo: “Cuando un paciente tiene dolor de estómago y afirma tener un cuadro ulceroso y en realidad es un dolor producido por un abdomen agudo por apendicitis” e indagar para obtener mayor información previo a solicitar exámenes de laboratorio o clínicos (Bates, 1998, p. 26).

Según Bates (1998), la comunicación en el ámbito médico, de igual forma, minimiza el grado de deshonestidad que pueda existir en la toma de datos para la realización de la historia clínica. Es importante demostrarle al entrevistado interés por el problema que lo afecta y dedicarle el tiempo que sea necesario, un paciente confiado tendrá menos necesidad o deseo de mentir en cuanto a sus síntomas y esto ayuda para la obtención de una historia clínica con información confiable.

La deferencia con la cual el profesional trate al entrevistado, dará la medida del respeto que aquél puede exigir. El médico debe escuchar con atención, bondad, simpatía y sin afanes; debe ser además observador y un buen oyente; y dar siempre sensación de seguridad, no vacilar para no dejar dudas al entrevistado o a sus familiares. El profesional, al hacer las preguntas, debe ser discreto y prudente, de manera que el sentido de las mismas no moleste al interpelado.

Es necesario utilizar un lenguaje conocido por el entrevistado, evitando las palabras técnicas del lenguaje médico como *disnea* o *hiporexia*. Cualquiera entiende si se pregunta: ¿siente dificultad para respirar? o ¿no tiene apetito? Existen diferencias idiomáticas regionales que dificultan en parte la entrevista del paciente y que deben tenerse en cuenta para lograr un interrogatorio simple y directo, que pueda obtener respuesta de iguales características. Los entrevistados, en especial las personas enfermas, describen y señalan los síntomas —son las sensaciones narradas por los pacientes—. Los síntomas son una experiencia humana universal: todas las personas pueden sentir dolor y debilidad, sin embargo la forma de describirlos varía de acuerdo con muchos factores como edad, sexo, grupo étnico, estado socioeconómico y nivel cultural. (Duque, 2006)

### **1.11 Empatía**

Antes de abordar el concepto de la empatía es necesario entender la importancia de la escucha activa para una relación empática y eficaz entre médico-paciente. Se puede definir a la escucha activa como:

El esfuerzo físico y mental de querer escuchar con atención la totalidad del mensaje que se emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo, a través del comunicado verbal y no verbal que realiza el emisor. Escuchar activamente es poner todos los medios a nuestro alcance para lograr entender lo que nos quieren decir, mostrando además un afán de interés ante la presencia del mensaje y una conducta de colaboración con el emisor en su tarea de comunicar (Hofstadt, 2005).

Para Rogers (1980) escuchamos no solamente con nuestros oídos, sino también con nuestros ojos, con nuestra mente, con nuestro corazón y con nuestra imaginación. La escucha activa implica prestar atención a las emociones que se encuentran detrás de las palabras pronunciadas, estas emociones suelen venir marcadas a través del lenguaje corporal y de la voz del emisor. Escuchar implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Escuchar, como explica García (2014), requiere esfuerzo

y concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico. Es evidente que de esta manera se incrementa en gran medida la capacidad para empatizar

Los seres humanos hemos evolucionado para formar vínculos con otros, nuestra supervivencia depende de la capacidad de entender a los demás y nuestra “habilidad” para comunicar nuestro entendimiento. Entre los factores que cumplen con la necesidad humana de afiliación y conexión están las instituciones sociales, como el matrimonio, la familia y redes de apoyo social, incluyendo las relaciones empáticas médico-paciente. Dichas conexiones promueven la salud y previenen la enfermedad, de manera inversa, la ausencia de una conexión humana satisfactoria, experimentada como soledad, es nociva para el bienestar físico y mental (Hojat, 2007).

“La conectividad humana tiene un efecto reductor del miedo que contribuye a los resultados positivos en la salud” (House et al., 1988, p.567), el “mismo encuentro entre el médico y su paciente tiene, en sí, un poder curativo potencial” (Novack, 1987, p.349) y por ello la labor del médico consiste tanto en prevenir como en curar, evitando limitarse únicamente a la condición clínica y por ende potenciando la eficacia preventiva y curativa de la medicina. Para Goleman (1996), obviamente, esto no es aplicable a todos los individuos y a todas las condiciones, pero el análisis de los datos procedentes de miles de casos nos permite afirmar hoy, sin ninguna duda, las ventajas clínicas que conlleva una intervención emocional en el tratamiento médico de las enfermedades graves.

Para el fundador de la terapia centrada en el paciente, Carl Rogers, la empatía es la capacidad “de percibir el marco de referencia interno de otra persona con exactitud, como si uno fuese la otra persona, pero sin perder la condición de *como si*, jamás” (Rogers, 1959, p.210), es decir, apreciar los sentimientos de otra persona sin compartir ni llegar a experimentar realmente los dichos sentimientos, ya que esto obstaculizaría la mirada objetiva del médico. Para Arthur Clark es “la capacidad única del ser humano de sentir la experiencia, necesidades, aspiraciones, frustraciones, angustias, alegrías, ansiedades, dolor o hambre de los demás como si fuesen las suyas propias” (Clark, 1980, p.189)

Es necesario hacer una distinción entre empatía y simpatía dado que en el contexto de la atención al paciente ambos tienen implicaciones importantes. Aring (1958) explica que la simpatía involucra sentimientos que no requieren esfuerzo para compartir o ser partícipe del

dolor o el sufrimiento del paciente, en tanto que la empatía implica un esfuerzo por entender las necesidades y experiencias del mismo. Es por esto que empatía y simpatía reflejan diferentes cualidades humanas que tienen influencias medibles distintas sobre la conducta profesional del médico, su empleo de recursos y el resultado clínico.

Entonces, la empatía en el médico hacia su paciente, le permite comprender y asumir la realidad del otro, siendo clave para el buen desempeño clínico; si el paciente se siente comprendido es más probable que no obvie información que puede resultar valiosa para que el profesional de la salud detecte un posible problema, así como también brindarle un ambiente de confianza que facilite el proceso de curación. Esta influencia positiva de los encuentros entre médico y paciente en los resultados finales del paciente se ha llamado Factor X, un factor desconocido en la curación del sufrimiento humano (White, 1991)

La percepción del paciente del apoyo del médico es un fenómeno complejo que está en función de la naturaleza del comportamiento de búsqueda de ayuda y del deseo de afiliación del paciente, así como de la respuesta del médico a través de una comunicación empática la importancia de este deseo de apoyo social en las relaciones médico-paciente se vuelve más evidente, considerando que los pacientes exhiben un incremento en el deseo de afiliación, algo que se espera de modo natural cuando la gente sufre debido a que el estrés incrementa el deseo humano de afiliación. (Taylor 2003)

El psiquiatra Herbert Adler<sup>7</sup> propuso que la experiencia de una relación empática en los encuentros clínicos reduce la secreción de hormonas del estrés y concluyó que:

...el efecto inmediato de una relación afectuosa fluye a partir de las consecuencias fisiológicas de sentirse atendido, pues la neurobiología de tal relación promueve un patrón de respuesta endocrina que favorece la homeostasis y es la antítesis de la respuesta de lucha o huida. (Adler, 2002, p.879)

Por ello, la empatía construye el camino hacia la conexión interpersonal entre médicos y pacientes, la presencia de un médico empático es un don de apoyo social para los pacientes y personifica la conexión humana con todos sus efectos benéficos.

---

<sup>7</sup> Herbert Adler. Especialidad de psiquiatría y comportamiento humano. Graduado en Hahnemann University School of Medicine en 1955.

## **1.12 La relación médico - paciente**

La relación médico – paciente está formada por dos personas y el vínculo entre ellas es la palabra (Garzón, 2011). Dicha relación debe considerarse una amistad o reciprocidad en el sentido aristotélico clásico: “La relación entre dos virtuosos iguales”. Esta reciprocidad se consideró un principio de ética médica hasta el siglo XIX, según el enfoque de Desiderio Erasmo de Rotterdam (1466- 1536), sacerdote renacentista, quien en su Oración en Alabanza del Arte de la Medicina describió las obligaciones morales del médico: competencia, beneficencia y diligencia, mientras que las del paciente las enmarcó en: gratitud y recompensa. Por su parte, Erickson (1967) decía que es “la colaboración entre dos expertos: el paciente experto en sí mismo y el médico experto en la ciencia”.

El concepto anterior se modificó a partir de la Revolución Industrial, cuando los campos del conocimiento humano cambiaron en su apreciación. La medicina no fue la excepción y el cambio en la relación médico-paciente se centró en un distanciamiento técnico entre ambos integrantes. A pesar de esto, se ha estado intentando recuperar la esencia de la medicina, que lejos de ser la tecnología es el humanismo lo que la enmarca. El humanismo médico lleva implícitos: la beneficencia, la capacidad de dar, el empleo diligente de la empatía, la cual se ejemplifica con frecuencia como “ponerse en el lugar del otro” (Tena y Sánchez, 2005)

Dicha relación a su vez se fundamenta en la comunicación, de ahí la importancia de que esta se caracterice por la asertividad; cualidad que el profesional debe ir cultivando desde el inicio de su formación y a lo largo del ejercicio profesional. (Prieto de Romano, 2009) El gran médico griego Hipócrates señala que hay en la medicina tres elementos: la enfermedad, el enfermo y el médico. Insiste en la fuerza potencial de la relación médico – enfermo en el proceso curativo y considera que el paciente es, ante todo, un hombre que hay que respetar y cuidar. El Corpus Hippocraticum, colección de 70 textos médicos escritos por Hipócrates indica como uno de los cuatro principios fundamentales el: “Estudiar más al paciente que a la enfermedad”.

Para Aristóteles la acción de la palabra del médico opera como un verdadero medicamento y produce acciones psicológicas en ciertos enfermos. Hipócrates indicaba que el enfermo debe colaborar activamente en la curación y el médico no debe emplear sus fármacos hasta que no haya establecido con el paciente una relación terapéutica satisfactoria. La relación entre

médico y paciente es de amistad y, en ella, es fundamental la confianza del enfermo en la medicina y en el médico que le trata. (Garzón, 2011).

Sigmund Freud (1856 – 1939) considera que en el acto clínico, la relación médico - paciente es fundamental, y la historia clínica un instrumento imprescindible que permite al paciente contar lo que le pasa y relacionarlo con su historia familiar, su trabajo y su vida cotidiana. También relaciona Freud los afectos del paciente con sus procesos corporales. Cree que la palabra es el mejor recurso para crear en el enfermo un estado anímico favorable a la curación.

La tendencia humana a buscar conexiones tiene una raíz evolutiva y una ventaja de supervivencia. El impulso humano de conexión se incrementa durante momentos de sufrimiento relacionado con enfermedad porque a menudo, las enfermedades hacen que el paciente se sienta desconectado. Por lo tanto, la disponibilidad de apoyo social para pacientes es crucial. (Platt y Keller, 1994). Como indicó Morgan (2002), el apoyo social es sinónimo de atención en el contexto de cuidado de la salud. Estar presente cuando una persona requiere ayuda es, por sí solo, un factor de apoyo social y es un remedio terapéutico descrito como el don de la presencia (Nicholás, 2002). La presencia del médico es de especial apoyo cuando se ha establecido una relación empática entre médico y el paciente.

Hojat (2007) señala que el entendimiento mutuo genera un circuito dinámico de retroalimentación que sirve no solo para fortalecer el compromiso empático, sino también para hacer diagnósticos más precisos y así proveer un mejor tratamiento, el médico debe hacer saber a sus pacientes que sus problemas de salud e inquietudes psicosociales son completamente entendidos. Por su parte Starcevic y Pointek (1997) manifiestan que los médicos deben experimentar los sentimientos de sus pacientes sólo hasta el grado necesario para mejorar su entendimiento de los pacientes sin obstaculizar su juicio profesional.

Mantener una distancia afectiva para evitar involucrarse emocionalmente en exceso (una característica de la simpatía) hace el juicio clínico del médico más objetivo, pero una indulgencia cognitiva excesiva, es decir ponerse en el lugar del otro, sentir su dolor (una característica de la empatía) siempre puede lograrse mejor al evitar el involucramiento emocional excesivo, el cual nubla el juicio médico (Koenig, 2002).

Para Wispe (1986), es difícil ser altamente emocional y objetivo al mismo tiempo, ya que la emoción excesiva en la atención al paciente puede interferir en el principio de la objetividad al tomar decisiones diagnósticas y seleccionar. Hojat (2007) indica que demasiado afecto impide la comunicación efectiva entre médico y paciente, mientras que una abundancia de entendimiento la facilita. Una característica específica del entendimiento en la relación médico-paciente es la habilidad de ponerse en el lugar del paciente sin abandonar el propio espacio personal y ver el mundo desde la perspectiva del paciente sin perder de vista el propio cometido personal y responsabilidades profesionales.

Sin embargo, la relación entre la satisfacción de los médicos y el número de encuentros con pacientes no es lineal después de un cierto punto de saturación; una carga de pacientes demasiado grande tal vez cause ansiedad. No obstante, las relaciones médico-paciente satisfactorias, fortalecidas por la empatía, pueden reducir el estrés profesional y contribuyen positivamente al bienestar médico. (Dunstone y Reames, 2001)

Para Sullivan (1990), desde la perspectiva de la vida personal, la medicina y algunas otras profesiones de atención a la salud, aunque de manera intrínseca autogratificantes, son estresantes y con frecuencia demandantes. Tales restricciones pueden contribuir al disgusto de los sanadores mismos, que también necesitan ser curados. A pesar de estos problemas, la buena noticia es que la satisfacción de los médicos en sus relaciones con los pacientes puede servir como un amortiguador contra el estrés profesional, el agotamiento, el abuso de sustancias, e inclusive los intentos suicidas, que según se dice alcanzan niveles inusualmente altos entre los profesionales de la salud “Los médicos no son invencibles, y la investigación indica que son vulnerables a numerosos problemas psicosociales” (Miller y McGowen, 2000, p.78).

## **CAPÍTULO II**

### **EL SERVICIO MÉDICO UNIVERSITARIO**

#### **2. 1 Breve reseña histórica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador**

El 2 de julio de 1946, gracias a las gestiones de los miembros del Cuerpo Gubernativo previamente formado para dirigir la Universidad, el presidente de la República, doctor José María Velasco Ibarra, expidió el decreto 1228, en el que autorizó el funcionamiento de universidades particulares. Se publicó este decreto en el Registro Oficial n° 629 del 8 de julio. Inmediatamente, el padre Aurelio Espinosa Pólit, S.J., nombrado rector por el Cuerpo Gubernativo, se encargó de conseguir sede, financiamiento, planta docente y de elaborar los planes de estudio.

El 26 de septiembre, el ministro de Educación, ingeniero Pedro Pinto Guzmán, otorgó la autorización para iniciar la enseñanza. El arzobispo de Quito, monseñor Carlos María de la Torre, celebró una misa en la basílica del Voto Nacional el 4 de noviembre y bendijo la sede de la calle Bolívar n° 343. Al día siguiente empezó el primer ciclo académico con una sola facultad, la de Jurisprudencia, con 54 estudiantes. En 1949 se creó la Facultad de Economía. En el año 1952 el Congreso de la República decretó un aporte de s/. 100.000 (cien mil sucres) del Estado para la Universidad.

En octubre de 1953 se abrió la Facultad de Ciencias de la Educación y el 24 de enero de 1954 se inauguró el campus de la avenida Doce de Octubre, en el terreno donado por la señorita Leonor Heredia Bustamante. La Congregación de Seminarios y Universidades, de la Santa Sede, presidida por el cardenal José Pizzardo, le confirió oficialmente el título de Universidad Católica.

Para el año de 1955 el doctor José María Velasco Ibarra, mediante decreto del 23 de septiembre, condecoró a la Universidad Católica con la Orden Nacional 'Al Mérito', en el grado de Comendador. En 1961 se creó la Facultad de Ingeniería Civil. El doctor Luis Enrique Orellana Ricaurte, S.J. se posesionó como rector de la Universidad. Para el año de 1962 se confió la dirección de la Universidad a la Compañía de Jesús, con beneplácito y agradecimiento del padre Juan B. Janssens, S. J., prepósito general de la Orden.

En el año de 1963 la Congregación de Seminarios y Universidades, por delegación recibida de su santidad el papa Juan XXIII, otorgó a la Universidad Católica el título de Pontificia. Se creó la Escuela de Trabajo Social, transformando así en unidad académica universitaria la ya existente Escuela de Trabajo Social ‘Santa Mariana de Jesús’. En 1965 se creó la Escuela de Enfermería y en 1968 la Escuela de Tecnología Médica. El máster Alfonso Villalba Aulestia, S.J., fue designado rector de la Universidad.

En el año de 1970 se creó la Facultad Eclesiástica de Ciencias Filosófico–Teológicas y en el 1971 el doctor Hernán Malo González, S.J., fue nombrado rector de la Universidad y se creó la Facultad de Ciencias Humanas. En 1978 se posesionó como nuevo rector el doctor Hernán Andrade Tobar, S.J. En 1981 la hasta entonces Escuela de Administración, dependiente de la Facultad de Economía, se transforma en la Facultad de Ciencias Administrativas y Contables.

En el año de 1985 el doctor Julio César Terán Dutari, S.J., se posesionó como nuevo rector de la PUCE y en el año de 1986 el antiguo Instituto de Lenguas y Lingüística se transforma en la Facultad de Lingüística y Literatura. En 1988 se creó la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, cuatro años después la Escuela de Psicología, hasta entonces dependiente de la Facultad de Ciencias de la Educación, se transforma en Facultad de Psicología. La Facultad de Arquitectura, Diseño y Artes y la Facultad de Medicina se crean en el año de 1994 y en 1995 se posesionó como nuevo rector el doctor Hernán Andrade Tobar, S.J.

Para el año 2000 el doctor José Ribadeneira Espinosa, S.J. se posesionó como nuevo rector de la Universidad y seis años después el doctor Manuel Corrales Pascual, S.J. asumió el Rectorado de la PUCE. En los años 1966, 1971 y 1983 se dictaron leyes que reconocen la autonomía plena de la PUCE, consagrada ya por la Carta Política de 1946–1947<sup>8</sup>.

## **2.2.- Filosofía organizacional como universidad**

### **2.2.1 Misión**

Considera misión propia el contribuir, de un modo riguroso y crítico, a la tutela y desarrollo de la dignidad humana y de la herencia cultural, mediante la investigación, la docencia y los

---

<sup>8</sup> Toda la historia de la universidad fue tomada de la página web de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, disponible en <http://www.puce.edu.ec/portal/content/Breve%20Rese%C3%B1a%20Hist%C3%B3rica/172?link=oln30.redirect>

diversos servicios ofrecidos a las comunidades locales, nacionales e internacionales. En dicha misión asume el deber de prestar particular atención a las dimensiones éticas de todos los campos del saber y del actuar humano, tanto a nivel individual como social. En este marco propugna el respeto a la dignidad y a los derechos de la persona y a sus valores trascendentes y apoya y promueve la implantación de la justicia en todos los órdenes de la existencia.

Goza de aquella autonomía institucional que le es necesaria para cumplir sus funciones eficazmente.

Garantiza a sus miembros la libertad académica, salvaguardando los derechos de la persona y de la comunidad dentro de las exigencias de la verdad y del bien común.

Dirige su actividad hacia la persona integral, para superar una formación meramente profesional. Por ello trata de formar a sus miembros intelectual y moralmente, para el servicio a la sociedad.

Examina a fondo la realidad con los métodos propios de cada disciplina académica, estableciendo después un diálogo entre las diversas disciplinas que las enriquezca mutuamente. Con ello pretende la integración del saber.

Promueve el compromiso de todos los miembros de la comunidad universitaria para la consecución de los fines institucionales, a través del diálogo y la participación.

#### **2.2.1.1 Como Universidad Católica**

Se inspira en los principios cristianos; propugna la responsabilidad del ser humano ante Dios, el respeto a la dignidad y derechos de la persona humana y a sus valores trascendentales; apoya y promueve la implantación de la justicia en todos los órdenes de la existencia; propicia el diálogo de las diversas disciplinas con la fe, la reflexión sobre los grandes desafíos morales y religiosos, y a la praxis cristiana.

#### **2.2.1.2 Como Universidad dirigida por la Compañía de Jesús**

Promueve la implantación y el desarrollo de la pedagogía ignaciana en todas sus actividades académicas.

### **2.2.2 Visión**

En los próximos años, la PUCE, fundamentada en el pensamiento y en las directrices pedagógicas ignacianas, se consolida como un sistema nacional integrado competitivo y sostenible, con infraestructura tecnológica de vanguardia.

Será reconocida por su gestión ética en servicio de la comunidad y por su estructura académica moderna para la formación de profesionales con responsabilidad social.

Será también reconocida por los resultados de la investigación científica desarrollada en sus unidades académicas, por realizar su gestión con el apoyo de un sistema técnico, innovador y efectivo, con procesos eficientes y recursos humanos capacitados y comprometidos con la misión institucional.

### **2.2.3 Objetivos estratégicos de la PUCE**

- a) Lograr que la PUCE disponga de una estructura académica moderna acorde con la demanda de la sociedad.
- b) Fortalecer el sistema de investigación contribuya a la innovación y al desarrollo del pensamiento, la ciencia y la tecnología.
- c) Fortalecer el sistema de investigación que contribuya a la innovación al desarrollo del pensamiento, la ciencia y la tecnología.
- d) Fortalecer el sistema de interacción con la comunidad basado en los principios y valores de la PUCE
- e) Implantar un sistema de gestión administrativa y financiera que contribuya de manera efectiva al desarrollo académico.
- f) Lograr la sustentabilidad económica para el funcionamiento de la PUCE
- g) Consolidar y fortalecer el SINAPUCE
- h) Mejorar el entorno laboral y las capacidades del personal académico y administrativo<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Toda la filosofía organizacional fue tomada de la página web de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador disponible en:  
<http://www.puce.edu.ec/portal/content/Consultorios%20Jur%C3%ADdicos%20Gratuitos/593?link=oln30.redirect>

## 2.3 Servicio Médico Universitario

### 2.3.1 Reseña Histórica

El Servicio Médico Universitario es Dispensario Médico anexo al IESS, brinda atención al personal docente, administrativo y estudiantes matriculados en la universidad. La Pontificia Universidad Católica del Ecuador fue creada el 4 de noviembre de 1946 con sede en el Distrito Metropolitano de Quito, inicia sus labores en los predios ubicados en la 12 de Octubre y Veintimilla.

El 1 de octubre de 1971 se creó el Hospital Universitario, sus instalaciones ocuparon todo el actual edificio Administrativo; diversas situaciones provocaron el cierre de dicho hospital el 21 de octubre de 1973, principalmente la crisis económica que sufrió la universidad en dicho año. El 15 de febrero de 1974, el IESS pidió que la universidad hiciera un anexo en el cual se brindara atención al personal administrativo y docente, pero la universidad extendió este servicio también a los estudiantes y personal que mantiene algún tipo de relación con la universidad, de este modo se crea el Servicio Médico Universitario que ocupa la parte posterior del edificio administrativo donde se encuentra hasta la actualidad. Desde entonces la atención ha ido mejorando para el bienestar del usuario. El horario de atención que manejaba el personal médico del SMU hace unos 20 años, correspondía a un horario de oficina, pero debido a la demanda se lo ha extendido de 7H00 a 19H30.

El crecimiento de la PUCE llevó a que en 1996 el Centro Médico sea remodelado y equipado con el objetivo de brindar mejor atención a los estudiantes profesores y empleados. El espacio que ocupa el Servicio Médico Universitario era una terraza, en un inicio era un espacio muy reducido y posteriormente, se amplió el número de consultorios y de personal. Fue dotado de un equipo de *ecosonografía doppler* de última generación y un electrocardiógrafo elementos básicos para un diagnóstico no invasivo.

Con la creación de la Facultad de Medicina, hace 25 años aproximadamente, varios médicos que laboraban como profesores empezaron a brindar atención al personal y estudiantes como especialistas en el área de cardiología, medicina interna, endocrinología, gastroenterología, cirugía. Pero el tiempo que dedicaban a la atención correspondía a las horas de clases, por lo que tuvieron que reducir dichos servicios a: Medicina general y familiar, seguridad y salud ocupacional, ginecología y odontología.

Adicionalmente, la PUCE a través de otras facultades y la Dirección General de Estudiantes brinda servicios de Laboratorio clínico, promoción de salud, psicología, fisioterapia, con los cuales el SMU no tiene relación directa. Hace 5 años se creó en la universidad la Dirección de Seguridad y Salud Ocupacional, en la cual dentro del organigrama el Servicio Médico Universitario forma parte, dicho departamento ha designado a un médico dentro del SMU que sirve de apoyo.

### **2.3.2 Datos del Servicio Médico Universitario**

#### **Actividad**

Servicios de atención médica general al personal administrativo, personal docente y a los estudiantes matriculados en la Universidad Católica, así como al personal que mantiene algún tipo de relación con la universidad.

#### **Horario**

El horario de atención es de 7H00 a 19H30.

#### **Localización física y cobertura espacial del SMU**

El Servicio Médico Universitario se encuentra ubicado dentro del campus universitario, en la Av. 12 de Octubre 1076 y Roca, en la parte posterior del Edificio Administrativo, frente a la capilla de la PUCE.

El espacio físico con que cuenta el Centro es de aproximadamente 440 m<sup>2</sup>, dispuestos en áreas de: Recepción-Secretaría, 4 consultorios médicos, Odontología (consultorio, cámara oscura y laboratorio-archivo), Ecografía, Emergencia, Enfermería, Observación, Archivo de historias Clínicas, 3 zonas para servicios higiénicos (pacientes y visitantes, pacientes en observación y personal del Centro), bodega de materiales, sala de reuniones y Farmacia. El área que a partir de abril del 2005 dejó de ser utilizada por el laboratorio para toma de muestras fue remodelada como sala de emergencias para pacientes que no pueden movilizarse (Salazar, 2005)<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Tomado del informe realizado por el Director del Servicio Médico en el año 2005

## **Características**

Entre los servicios que la PUCE ofrece a los profesores, personal administrativo y estudiantes está el Servicio Médico Universitario que atiende al día un promedio de 77 personas en el horario de 7H00 a 19H30 en el cual se puede tomar consultas de medicina general, así como de ginecología, odontología, ecosonografía, electrocardiografía, cirugía menor y emergencias (Salazar, 2016).

Hace 6 años las citas para medicina general se daban cada 15 minutos, pero con la aparición de la gripe AH1N1, aumentó la demanda. Las consultas se dan actualmente por el orden de llegada, para ginecología se debe tomar previamente una cita. Las consultas médicas no tienen ningún costo, pero algunos servicios como exámenes de laboratorio o tratamientos dentales sí lo tienen, costos muy económicos, servicios como un eco pélvico tiene un costo de \$8 y en el caso de los tratamientos dentales: profilaxis, calzas, chequeo dental, tienen un costo de \$5 cualquiera de dichos servicios. Los familiares del personal docente y administrativo, esposos e hijos también tienen acceso a estos servicios con un costo de \$7.

Las cinco principales causas de consulta en los estudiantes son de tipo agudo: infecciones de vías respiratorias, infección de vías urinarias, enfermedades gastrointestinales, problemas traumatológicos y dermatológicos. Por otro lado, las principales causas en el personal docente y administrativo, son de tipo crónico y muchas veces podemos encontrar problemas asociados. Las cinco principales son: Infecciones de vías respiratorias, diabetes, hipertensión, osteomusculares (especialmente lumbalgias), y enfermedades de las tiroides (Cadena & Negrete, 2010).

### **2.3.3 Filosofía organizacional**

El Servicio Médico Universitario no cuenta con una Misión y Visión establecida, pero afirman actuar como un apoyo a la actividad principal de la universidad, es decir educacional, con la idea de que los estudiantes y personal puedan cumplir con sus funciones y acceder a un servicio médico. La misión que se plantean tiene que ver con las actividades diarias que se llevan a cabo para atender a los pacientes con personal que se esté actualizando permanentemente, además de priorizar la satisfacción del cliente, con el fin de conseguir una buena relación entre el cliente interno y externo, en cuanto a la visión, forman parte de la universidad en sus planes operativos anuales y proyecciones quinquenales.

No cuentan con políticas institucionales propias, ya que se rigen al reglamento interno de la universidad, pero el personal debe seguir normas internas en cuanto a la puntualidad, ausentismo laboral, situaciones de atención de usuarios. El principal objetivo del Servicio Médico Universitario es ser un apoyo a la universidad, promoviendo un ambiente con personas saludables y evitando que los estudiantes, vean afectados sus estudios, así como personal administrativo y docente sus labores, debido a problemas de salud (Salazar, 2016).

Los servicios que ofrece el Servicio Médico Universitario están dirigidos a:

- 1- Estudiantes nuevos (trámites administrativos y atención médica)
- 2-Estudiantes antiguos (trámites administrativos y atención médica)
- 3-Personal administrativo (trámites administrativos y atención médica)
- 4-Personal docente (trámites administrativos y atención médica)
- 5-Seguro Pre-pagado (atención médica a familiares, continuación de recetas y llenado de formularios del seguro)
- 6-Personal estación Yasuní
- 7-Personal que labora en la PUCE, pero que sus patrones mantienen contratos propios (personal de construcción y cafetería) a pesar de no existir normas definidas de atención.
- 8-Visitantes (congresos, cursos, eventos culturales, eventos deportivos)
- 9-Cursos abiertos en lo que respecta a la legalización de certificados.
- 10-Campañas de prevención coordinadas por el Centro Médico y financiadas por empresas externas o por el paciente directamente (Cadena y Negrete, 2010).

La siguiente información fue tomada de la entrevista realizada al Director del Servicio Médico Universitario, Fabián Salazar, el 27 de octubre del 2016.

### **Oferta de atención**

Cuentan con cuatro médicos de consulta general, un médico de seguridad ocupacional, y dos médicas gineco obstetras. En medicina general se dan citas según el orden de llegada y en ginecología bajo cita previa (Ecosonografías, toma de *papanicolau*, consejería sobre paternidad responsable).

En el área odontológica, cuentan con dos odontólogos uno que cumple 5 horas y media y otro 9 horas, con los cuales se atiende en horario ininterrumpido desde las 7H30 hasta las

17H00, existe apoyo de una auxiliar de odontología que labora su horario completo más horas extras. En el área de recepción cuentan con una recepcionista y dos licenciadas en enfermería que realizan turnos alternados por las mañanas y las tardes en forma quincenal cubriendo el mismo horario antes mencionado, entre las dos suman 12 horas diarias de labores y un conserje que sirve de apoyo también en el área de recepción.

### **Demanda de atención**

La PUCE tiene una población estudiantil de aproximadamente 10000 estudiantes, 1400 docentes y 600 administrativos, a este elevado número de posibles usuarios de atención médica, debemos añadir personal de la cafetería, construcciones, familiares y otros. La afluencia de pacientes depende de la temporada del año, durante el semestre académico se realizan un promedio de 1500 atenciones, cantidad que aumenta al inicio de semestre cuando los estudiantes se acercan a realizarse sus exámenes de ingreso, en tanto que en el mes de julio, se atiende alrededor de 1000 usuarios, debido a que los estudiantes salen de vacaciones

### **Financiamiento**

Se maneja un financiamiento bipartito, la PUCE ha dispuesto que los estudiantes cancelen un arancel por atención médica que se ajusta en forma semestral, el dinero recaudado ingresa a un fondo común de la PUCE y por otro lado, un aporte de la universidad que cubre la atención al personal docente y administrativo. La Dirección General Financiera, otorga un presupuesto anual para pagos de personal, renovación y compra de equipos y de infraestructura física. La aportación del estudiante le hace acreedor a la atención médica con un número de consultas ilimitado.

### **Desafíos que enfrenta el Servicio Médico Universitario**

El desafío principal es que el usuario ha cambiado ya que está consciente de sus derechos y más informado, no necesariamente información veráz, ya que muchas veces su principal fuente de información es el internet, lo que provoca que el usuario vaya con una idea fija que no siempre estará alineada con su diagnóstico real, lo que produce que la relación médico-paciente se vea afectada.

### **Cambios experimentados**

Básicamente cuestiones legales como el cambio de la denominación de Centro Médico Universitario a Servicio Médico Universitario y la creación del consultorio de Dirección de

Seguridad y Salud Ocupacional, por lo demás la crisis económica que ha atravesado la universidad ha limitado la ejecución de ciertos proyectos como, compra de equipos grandes, contratación de personal de recursos humanos, entre otros.

### **Cambios que se deberían implementar**

Actualmente se está planteando junto con la Facultad de Medicina para la implementación de una máquina de rayos X que impida que los usuarios tengan que realizar estos tipos de exámenes fuera de la Universidad, así como proponer a la universidad la unión de ciertas unidades referentes a la salud como el SMU, Diserlab, psicología, etc.

### **Programas y campañas**

El SMU como parte de los programas que realiza hacen campañas de salud como de vacunación, atención a los alumnos nuevos, de influenza, dentales y ginecológicos, entre otras, en cuanto a ginecología, se quiere implementar un chequeo ginecológico junto con Diserlab, a propósito del aumento del papilomavirus, ya que el *papanicolau* ha demostrado que no es tan efectivo como se esperaba y existe una prueba PCR que identifica el papiloma virus cancerígeno y no cancerígeno, lo que implicaría la reducción de costos para una detección temprana del papiloma virus. La Dirección de Salud y Seguridad Ocupacional lleva a cabo programas para casos de emergencias. La difusión y promoción de dichos programas se realizan únicamente vía intranet.

### **Horarios de los profesionales de la salud**

Existe un horario extendido, hay quienes atienden en la mañana, otros en la tarde y quienes están en el medio para tratar de cubrir esas brechas para evitar periodos en los cuales no haya médicos. Los horarios dependen de la antigüedad de los doctores, existen médicos activos que según la ley laboral deben estar 4 horas, pero los médicos nuevos que se van integrando cubren un horario mayor de hasta 6 horas, quienes con el paso del tiempo irán reduciendo sus horas de trabajo, esto sin afectar los derechos laborales. Cada uno tiene un tiempo para el café y quienes laboran 6 horas una hora para almorzar.

### **Área de medicina**

La atención es sin previa cita conforme van llegando los pacientes, el tiempo que dura la cita depende de la complejidad, tipo de paciente y la forma en que el médico brinde la atención. La norma internacional (OMS) dice que la atención por primera vez es de 30 min y las

consultas de control 15 min. En el Ecuador el Ministerio de Salud dicta que la cita médica debe tener una duración entre 15 y 20 min sin distinción entre la primera vez y controles, pero en el caso del SMU se toma el tiempo necesario dependiendo de la situación. Ésta área cuenta con un electrocardiógrafo y sala de emergencias en donde se pueden hacer procedimientos menores.

<b>NOMBRE</b>	<b>HORARIO</b>
Dr. Arturo Hidalgo	07H00 a 14H00
Dr. Fabián Salazar	11H30 a 16H00
Dr. Alejandro Gonzáles	15H00 a 19H00
Dra. Elizabeth Cadena	09H30 a 14H00

### **Área de ginecología**

Cuenta con un ecógrafo, dos doctoras que llevan a cabo procedimientos como: *papanicolau* y toma de muestras de secreciones.

<b>NOMBRE</b>	<b>HORARIO</b>
Dra. Carmen Checa	07H00 a 11H00
Dra. María Eugenia Castellanos	13H00 a 17H00

### **Área de odontología**

Cuenta con dos equipos dentales, dos médicos se encargan de esta área. Por normas del Ministerio de Salud ellos solo pueden llevar a cabo odontología básica.

<b>NOMBRE</b>	<b>HORARIO</b>
Dr. Juan Vásquez	07H30 a 14h00
Dra. María Fernanda Vallejo	08H00 a 17H00

### **Seguridad y salud ocupacional**

El Servicio Médico forma parte de La Dirección de Seguridad y Salud Ocupacional.

Se encargan de riesgos físicos, biológicos, psicológicos del personal administrativo y docente de la universidad, cuentan con una médica que labora en el SMU. Anteriormente como SMU reportaban al departamento de Recursos Humanos, pero ahora lo hacen con la Dirección de Seguridad de Salud Ocupacional.

<b>NOMBRE</b>	<b>HORARIO</b>
Dra. Paola Haro	08H00 a 15H00

### **Enfermería**

Se encargan de procedimientos y curaciones menores ordenados por el médico, cuentan con dos enfermeras, quienes se turnan el horario, rotan quincenalmente entre la mañana y la tarde, también apoyan en el momento en que la recepcionista sale al almuerzo.

<b>NOMBRE</b>	<b>HORARIO</b>
Silvia Molina	Mañana/Tarde
Lourdes Pavón	Mañana/Tarde

### **Recepción – Secretaría**

Cuentan con una secretaria que cumple tanto al Servicio Médico y la Dirección Ocupacional de Salud, que tiene su oficina dentro de las instalaciones del SMU.

<b>NOMBRE</b>	<b>HORARIO</b>
Mónica Espín	08H00 a 17H00

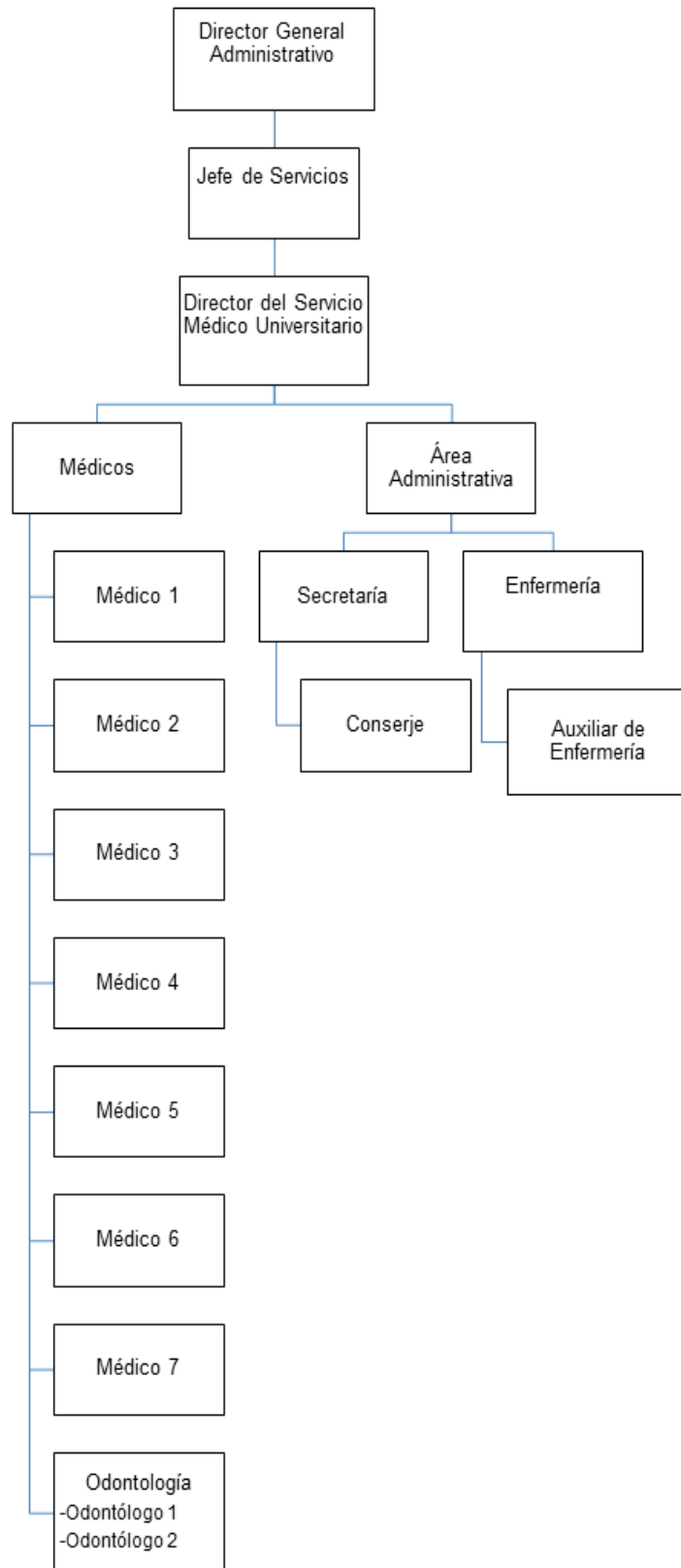
### **Mensajería - conserjería**

Cuentan con un conserje encargado de los trabajos de limpieza, mensajería y también brinda apoyo a la recepción.

<b>NOMBRE</b>	<b>HORARIO</b>
César Chusik	8H00 a 16H30

## 2.4 Organigrama institucional

Gráfico No. 4. Organigrama institucional Centro Médico Universitario

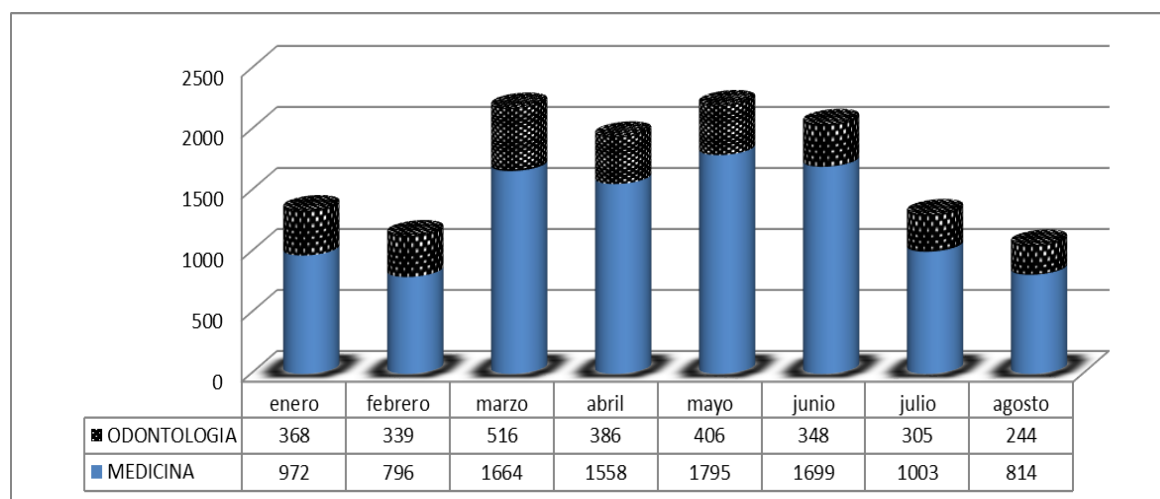


**Tabla No. 3.** Estadísticas de Atención de enero a agosto del 2016

	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	total	Porcentaje	Prom mes
Dra. Elizabeth Cadena	98	95	206	28	154	180	126	77	<b>964</b>	9,36	<b>121</b>
Dra. María Eugenia Castellanos	178	92	164	157	141	186	176	86	<b>1180</b>	11,46	<b>148</b>
Dra. Carmen Checa	139	124	163	152	157	172	65	109	<b>1081</b>	10,49	<b>135</b>
Dra. Andrea Escobar	116	88	126	121	150	136	111	123	<b>971</b>	9,43	<b>121</b>
Dr. Alejandro González(Salud Ocupacional)	42	41	211	183	210	170	75	24	<b>956</b>	9,28	<b>120</b>
Dra. Paola Haro	130	94	128	202	337	277	213	111	<b>1492</b>	14,48	<b>187</b>
Dr. Arturo Hidalgo	109	114	351	384	302	326	168	80	<b>1834</b>	17,80	<b>229</b>
Dra. Liesel Pérez(Jefa de servicios)	19	1	10	7	14	12	16	29	<b>108</b>	1,05	<b>14</b>
Dr. Fabián Salazar	141	147	305	324	330	240	53	175	<b>1715</b>	16,65	<b>214</b>
<b>Total Médicos</b>	<b>972</b>	<b>796</b>	<b>1664</b>	<b>1558</b>	<b>1795</b>	<b>1699</b>	<b>1003</b>	<b>814</b>	<b>10301</b>	<b>100,00</b>	<b>1288</b>
Dra. Vásconez/ Dra. Vallejo	171	199	137		143	162	148	148	<b>1108</b>	38,05	<b>139</b>
Dr. Juan Vásquez	197	140	379	386	263	186	157	96	<b>1804</b>	61,95	<b>226</b>
<b>Total Odontólogos</b>	<b>368</b>	<b>339</b>	<b>516</b>	<b>386</b>	<b>406</b>	<b>348</b>	<b>305</b>	<b>244</b>	<b>2912</b>	<b>100,00</b>	<b>364</b>
<b>TOTAL SMU</b>	<b>1340</b>	<b>1135</b>	<b>2180</b>	<b>1944</b>	<b>2201</b>	<b>2047</b>	<b>1308</b>	<b>1058</b>	<b>13213</b>		<b>1652</b>

Fuente: Dirección Ocupacional de Salud PUCE (2016)

**Gráfico No. 5.** Número de pacientes atendidos de enero a agosto 2016



Fuente: Dirección Ocupacional de Salud PUCE (2016)

# **CAPÍTULO III**

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL SERVICIO MÉDICO UNIVERSITARIO DE LA PUCE**

### **3.1 Presentación de resultados**

#### **3.1.1 Objetivos del estudio**

##### **Objetivo general**

-Determinar las características de la comunicación interpersonal entre médico - paciente en el Centro Médico Universitario PUCE en consulta abierta.

##### **Objetivos específicos**

- Explicar cómo se desarrolla el proceso de comunicación interpersonal en la consulta médica
- Identificar las habilidades del médico con los pacientes para la escucha activa.
- Determinar la empatía entre personal médico y los pacientes

#### **3.1.2 Metodología**

A continuación se muestran los resultados obtenidos del estudio, para lo que se utilizó el método cuantitativo, haciendo uso de la técnica de la encuesta para la recolección de información, mismas que se realizaron del 10 de junio al 24 de junio del 2016. Se aplicaron 100 encuestas, muestra obtenida del número promedio de pacientes semanales que se presentan en el Servicio Médico Universitario, datos que fueron proporcionados por el Dr. Fabián Salazar, Director del SMU. La encuesta contó con 33 preguntas cerradas y 1 abierta en la cual los pacientes tuvieron la oportunidad de expresar su opinión acerca de la atención del médico. En las preguntas más representativas se hizo un cruce con el número que corresponde a cada médico, con el fin de obtener resultados más precisos de cada uno.

Se ha unificado las variables de edad, género, función en la PUCE y facultad a la que pertenecen para elaborar un análisis integrado.

## A. Datos generales

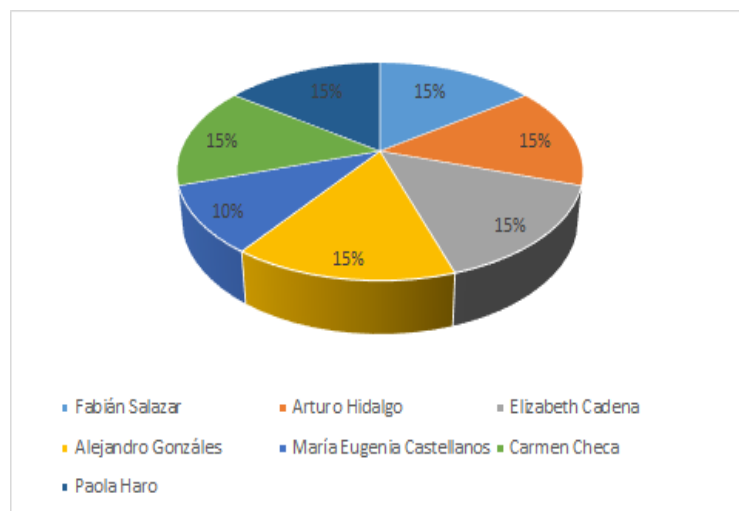
**Tabla No. 4.** Perfil de Encuestados

	#	%
<b>Género</b>		
Masculino	29	29%
Femenino	71	71%
<b>Edad</b>		
20-25	84	84
26-30	4	4%
36-40	4	4%
41-50	8	8%
<b>Función en la PUCE</b>		
Docente	8	8%
Estudiante	88	88%
Administrativo	4	4%
<b>Facultad/Unidad</b>		
Facultad de Ciencias de la Educación	2	2%
Facultad de Arquitectura, Diseño y Artes	4	4%
Facultad de Psicología	11	11%
Escuela de Trabajo Social	2	2%
Facultad de Ciencias Humanas	13	13%
Facultad de Medicina	15	15%
Facultad de Ingeniería	11	11%
Facultad de Jurisprudencia	6	6%
Facultad de Enfermería	7	7%
Facultad de Ciencias Administrativas y Contables	10	10%
Facultad de Economía	4	4%
Facultad de Comunicación, Lingüística y Literatura	5	5%
Escuela de Bioanálisis	4	4%
Facultad de Ciencias Exactas y Naturales	3	3%
Rectorado	1	1%
Biblioteca General	1	1%
Vicerrectorado	1	1%

Las encuestas realizadas del 10 de junio al 24 de junio del 2016, indican que el número de usuarios que más asisten al Servicio Médico se concentra en estudiantes de 20 a 25 años, edades en las que coinciden los jóvenes que ingresan a la universidad casi inmediatamente después de graduarse del colegio con el fin de obtener mejores oportunidades laborales a temprana edad; la mayoría acudieron por una mayor prevalencia de afecciones de vías respiratorias altas y digestivas debido a cambios bruscos de clima e infecciones virales.

Son las mujeres las que más asisten. Esto se debe a que en el Servicio Médico a diferencia de otras universidades, las estudiantes tienen acceso a otras áreas, como la especialidad de ginecología a cargo de dos médicas, y acuden con regularidad ya que se ofrecen chequeos generales y también se llevan a cabo procedimientos como: *papanicolau* y toma de muestras que son enviadas al laboratorio clínico de la PUCE, DISERLAB. La mayoría de estudiantes que acuden al Servicio Médico pertenecen a la Facultad de Medicina seguido por la de Ciencias Humanas y la Facultad de Psicología e Ingeniería, facultades en las cuales se concentra la mayor cantidad de estudiantes en la universidad, sin embargo en la Facultad de Medicina entran cada semestre únicamente 100 estudiantes, el hecho de que acudan en mayor cantidad a comparación de otras facultades es por la naturaleza de su carrera, que hace que tomen muy en serio su salud y cualquier síntoma que tengan, por lo que acuden al Servicio Médico con regularidad.

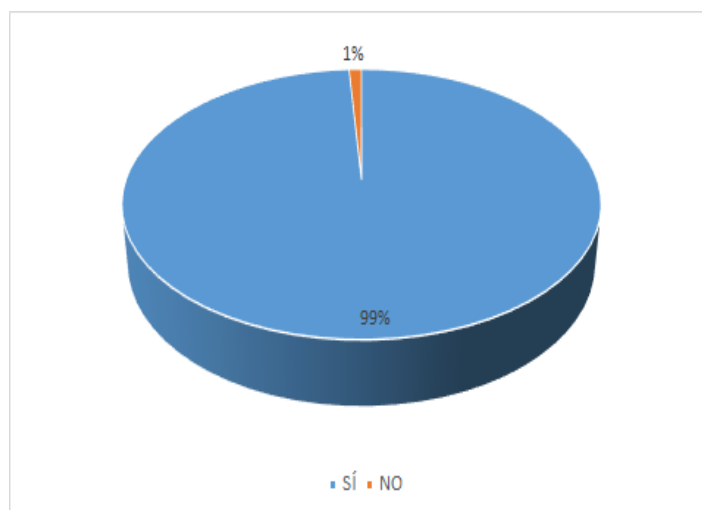
**Gráfico No. 6.** Médico que lo atendió



Para el fin de este estudio se realizaron 100 encuestas, 15 por cada médico a excepción de la doctora María Eugenia Castellanos con quien se realizó 10 encuestas debido a la afluencia de pacientes. Esta variable se cruza con las preguntas: 9, 10, 11, 13, 17, 21, 25, 29, 30 y 32.

## B. Comunicación médico – paciente

**Gráfico No. 7.** ¿El doctor le recibe amablemente?



Casi la totalidad de los pacientes consideran que su médico los recibió de manera amable lo que permite que el primer acercamiento médico - paciente sea agradable y por ende se proyecte en un ambiente de confianza y comodidad del paciente frente al médico a lo largo de la consulta; por lo tanto el galeno no puede olvidar que “es imposible no comunicar”(Hojat, 2007, p. 52), es decir, que desde el primer momento el médico comunica con sus silencios, gestos, movimientos y miradas, dichos mensajes conscientes o inconscientes serán interpretados por el paciente quien les dará un significado y determinará el ambiente en el cual se desarrolle la consulta.

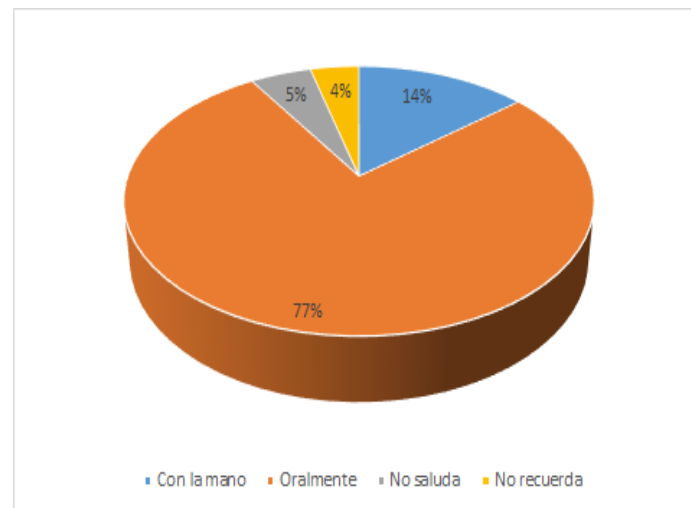
Entonces, al tener un primer acercamiento positivo durante dicho encuentro interpersonal deliberado, existe mayor probabilidad de que los resultados sean positivos, esto depende en gran medida del médico al momento de generar confianza en su paciente, permitiendo que ambas partes lleguen a un “entendimiento mutuo acerca del problema de salud del paciente” (Starfield, 1981, p.130).

Como menciona Gajardo (2010), a este primer encuentro le sigue la entrevista médica con fines específicos, por lo que es básicamente técnica, ya que se espera obtener la mayor cantidad de información en un tiempo corto de interacción y así conseguir un diagnóstico preciso, por ello la habilidad social del médico debe ser desarrollada con el fin de recibir toda esa información sin hacer sentir al paciente plenamente como un objeto de estudio sino como

un individuo único con sus propios problemas e inquietudes. Gumucio (2010) explica que para esto es necesario romper el frecuente esquema vertical de la relación de poder que se genera entre los médicos y los pacientes, en la cual los profesionales de la salud son vistos como los únicos que tienen el conocimiento sobre los males del paciente quien tiene la tarea de obedecer sin mayor intervención durante el encuentro clínico.

### C. Relación interpersonal médico – paciente

**Gráfico No. 8.** Al ingresar a la consulta el doctor le saluda



Como ya se mencionó anteriormente, el primer encuentro entre el médico y su paciente es el inicio de una interacción que puede ser positiva o negativa, dependiendo de la percepción del paciente acerca del médico, es decir, si este le inspira o no confianza. La mayoría de los pacientes encuestados afirmaron que el doctor les saludó de manera oral, y al volver a la anterior pregunta, se observa que la forma de saludar del médico, sea oral o con la mano no interfiere en la percepción del paciente acerca de si es o no amable el recibimiento del galeno en el consultorio.

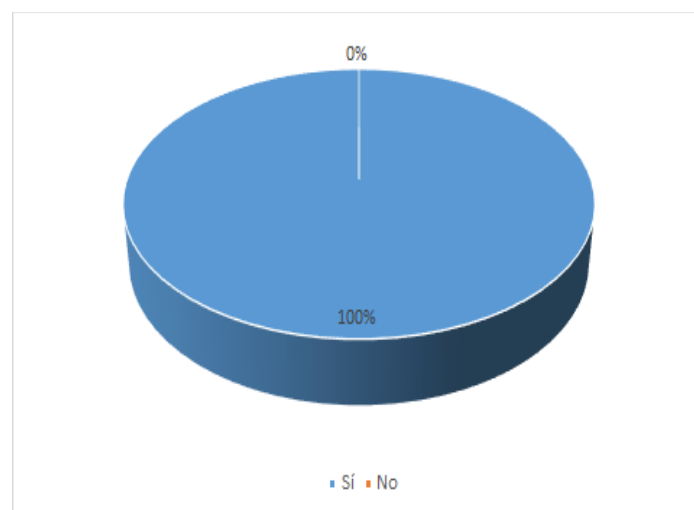
Esto significa que existen otros factores que indican al paciente la predisposición del médico hacia un encuentro positivo, mismos que están englobados en la comunicación no verbal que cada paciente fue capaz de percibir. Se debe tener en cuenta que los seres humanos buscan entablar relaciones interpersonales significativas de manera innata, es decir que en todos existe una gran necesidad de afiliación y creación de lazos a través de la comunicación ya sea

verbal o no verbal. Así como lo menciona Hojat, el ser humano busca sentirse “comprendido, entender y ser entendido” (Hojat, 2007, p.41).

Debido a esto, el profesional de la salud debe tener presente detalles que parecen irrelevantes, como las miradas, el tono de voz, los gestos, movimientos corporales o la atención prestada al paciente, pero que pueden ser fuente, causa y resultado de una buena o mala relación que se genera entre ambas partes, así como al momento de la entrega del diagnóstico y la forma de llegar a un acuerdo acerca del tratamiento, con el fin de que el paciente acate las recomendaciones del doctor. “La mirada, la palabra y el silencio, al igual que la exploración manual y la instrumental, son constitutivos vertebrales de la relación médico-paciente” (Gajardo, 2010, p.53).

Entonces, como parte primordial de una comunicación favorable no se debe dejar de lado que el encuentro clínico también engloba un aspecto personal, ya que en su mayoría el paciente debe contar a su doctor cosas muy íntimas acerca de su persona y de su vida diaria, por ello el médico debe mostrarse empático y también receptivo a lo que está compartiendo su paciente, como ya mencionamos no sólo de manera verbal sino también no verbal (Gajardo, 2010). Cuando el paciente percibe que su médico muestra interés y preocupación por lo que le está pasando, siente alivio de saber que su salud está en manos de alguien a quien realmente le importa ayudarlo a mejorar y conservar su salud.

**Gráfico No. 9.** ¿El médico le preguntó cuál es la dolencia?



“La relación médico – paciente está formada por dos personas y el vínculo entre ellas es la palabra” (Garzón, 2011, p.10). La comunicación es fundamental en los encuentros clínicos, siendo “un fenómeno de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales los seres vivos se comunican con sus semejantes para transmitir o intercambiar información” (Knapp, 1992, p. 36). Lo que significa que cuando inicia el encuentro clínico, el doctor debe indagar acerca de las dolencias de su paciente, por lo cual pregunta cuál es el motivo de la visita médica y el total de los encuestados afirmó que sí se les realizó esta pregunta.

La consulta médica inicia con una entrevista la cual es según Erickson: “...la colaboración entre dos expertos: el paciente experto en sí mismo y el médico experto en la ciencia” (Erickson, 1967, p.128). Por tal motivo, dicha interacción se puede ilustrar con el modelo de comunicación de Harold Lasswell:

**Tabla No. 5.** El proceso de la comunicación con el paciente.

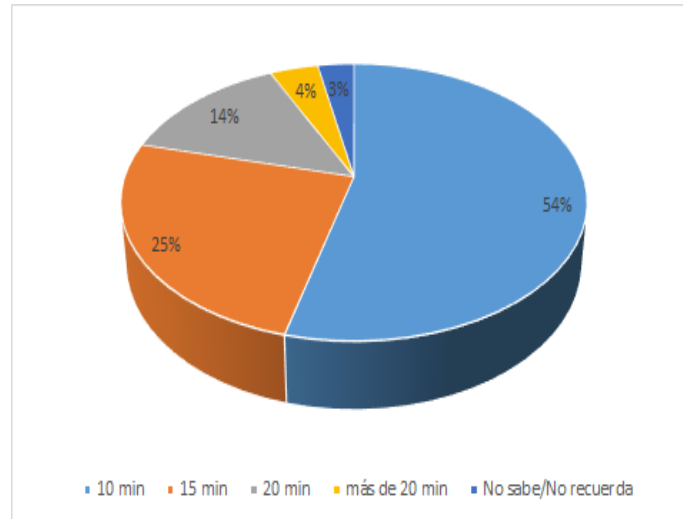
<b>QUIÉN</b>	El médico es quien busca entablar una conversación en una especie de entrevista en la cual es el entrevistador.
<b>QUÉ</b>	Se busca obtener un diagnóstico.
<b>EN QUÉ CANAL</b>	La entrevista se realiza de manera oral.
<b>A QUIÉN</b>	El paciente
<b>POR QUÉ</b>	Conocer el padecimiento y sus posibles causas.
<b>DÓNDE</b>	En el consultorio médico

Fuente: Lasswell (1948)

Dicha conversación entre el médico y el entrevistado ayuda a que el paciente se sienta comprendido y a que la conversación fluya de manera agradable, siendo la vía para obtener información más precisa acerca del padecimiento del paciente, así como para impartir una guía para el tratamiento o preservación de la salud; asimismo permite que el paciente aclare sus dudas, en cuanto que al médico le permite indagar más en caso en el que los exámenes clínicos no sean suficientes o descartar los diagnósticos no profesionales que los usuarios

suelen otorgar, por ejemplo cuando han investigado en internet y aseguran saber cuál es su enfermedad o incluso en el caso de afecciones psicosomáticas en las cuales los signos físicos no se pueden observar, siendo el diálogo la vía para disipar este tipo de dudas (Bates, 1998).

**Gráfico No. 10.** ¿Cuánto tiempo aproximadamente le atendió el doctor?

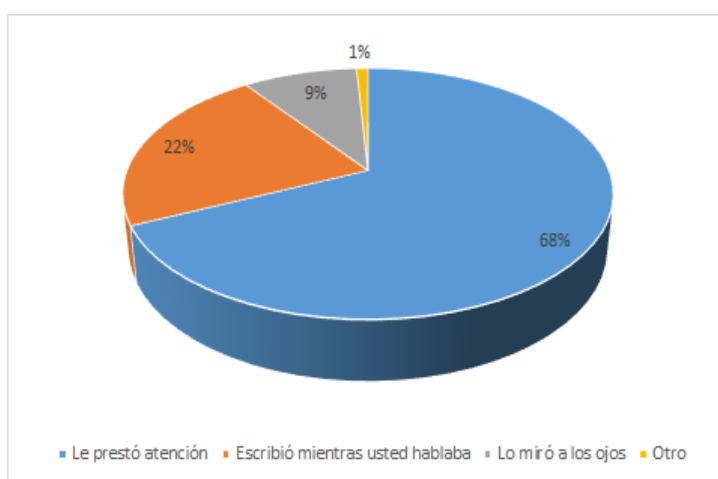


“En la antigüedad, la medicina era principalmente una artesanía... y estaba basada en la observación, la introspección, la tradición y, lo más importante, las relaciones interpersonales” (Lewis, 1998, p.583). A partir de este enunciado, se puede destacar que en la antigüedad se le dedicaba el tiempo y la energía necesaria a cada paciente. Sin embargo, con la llegada de la Revolución Industrial, las transformaciones no solo se dieron en lo social y lo económico, también influyó en la medicina, dándose un cambio en la relación médico-paciente, ya que se creó un distanciamiento técnico entre ambas partes, tal como lo recalcan Tena y Sánchez (2005), además de que se le dio prioridad al número de pacientes que se atienden en el menor tiempo posible, sobre la calidad de la atención.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, las consultas médicas en el sistema público en el país deben durar 15 minutos y 20 minutos en pacientes embarazadas en consulta general. En el sector privado los horarios son más flexibles, entre 30 a 40 min o más si es la primera consulta, esto permite que el paciente conozca a su médico y viceversa, dando como resultado un mayor entendimiento entre ambas partes. En el caso del Servicio Médico Universitario la mayor parte de usuarios encuestados se ubicaron entre los 10 y 15 minutos, pero según el Dr. Fabián Salazar, Director del SMU, de ser necesario el tiempo de consulta puede alargarse dependiendo del paciente y la patología.

Para Hunter Doherty "Patch" Adams, conocido como el médico de la risoterapia<sup>11</sup> en una entrevista a Forbes compartió acerca de la importancia de dedicarle tiempo a los pacientes “Los médicos nunca tienen oportunidad de pasar suficiente tiempo con sus pacientes porque el tiempo es dinero”. En su Fundación Gesundheit se trata a los pacientes como amigos, y se les dedica tiempo suficiente para conocerlos, la primera consulta dura, cuando menos, 3 horas (Mendoza, 2014).

**Gráfico No. 11.** El médico: le prestó atención, escribió mientras usted hablaba, lo miró a los ojos, otro.



**Tabla No. 6.** El médico; le prestó atención, escribió mientras usted hablaba, lo miró a los ojos, otro.

MÉDICO	Le prestó atención	Escribió mientras usted hablaba	Lo miró a los ojos	Otro
	%	%	%	%
MÉDICO 1	83%	11%	6%	
MÉDICO 2	56%	44%		
MÉDICO 3	75%	19%	6%	
MÉDICO 4	70%	15%	15%	
MÉDICO 5	75%	8%	17%	
MÉDICO 6	75%	19%	6%	
MÉDICO 7	50%	31%	13%	6%

<sup>11</sup> Médico estadounidense, activista social, diplomático y escritor. Nació en Washington D. C., 28 de mayo de 1945. Fundó el Instituto Gesundheit! en 1971.

La mayoría de usuarios encuestados, afirmaron que el médico les prestó atención. Los pacientes del médico número uno, en su mayoría consideran que el médico les prestó atención, seguido por los médicos tres, cuatro, cinco y seis, que tienen un promedio similar entre 70 y 75% lo que resulta favorable para el encuentro clínico, en el cual la comunicación interpersonal se convierte en el instrumento primordial a la hora de intercambiar información (Hojat,2007), ya que "...la medicina se basa en la observación, la introspección, la tradición y, lo más importante, las relaciones interpersonales" (Lewis,1998, p.583).

Blumgart (1964), afirma que la medicina es un arte que aplica las ciencias médicas en el ámbito de las relaciones humanas con el fin de curar la enfermedad y mantener la salud. De acuerdo al Dr. Francis Peabody "el tratamiento de la enfermedad puede ser totalmente impersonal, pero la atención al paciente debe ser personal por completo" (Peabody, 1984, p.815). Es decir, que la relación que se crea desde el primer encuentro entre el médico y el usuario, es un elemento crucial en las citas médicas para conseguir mejores resultados con el paciente.

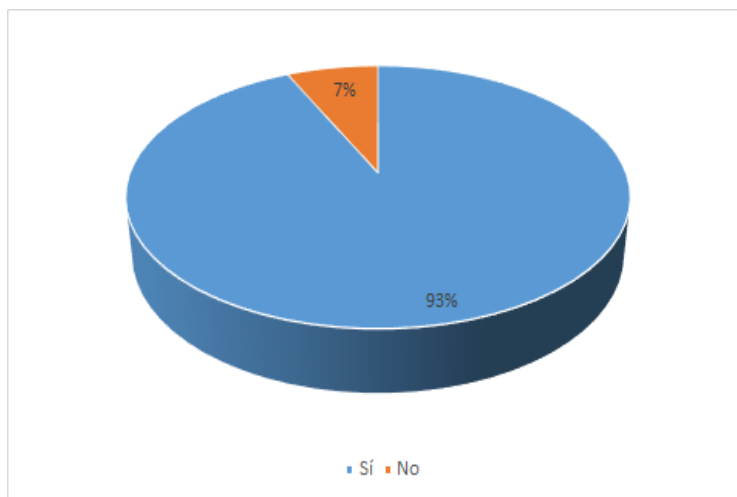
En el caso de la opción dos, que indica que el médico escribió mientras el paciente hablaba, se resalta el caso del médico dos con un 44%, así como el médico 7 con 31%. Cuando el médico escribe, en lugar de prestar completa atención al usuario, éste puede interpretar dicha actitud como indiferencia por parte del galeno hacia su situación, por otra parte, se debe tener en cuenta que el médico necesita hacer ciertas anotaciones durante el encuentro clínico o escribir una receta, pero es importante considerar el momento de hacerlo, para evitar causar un ambiente de desconfianza por parte del usuario.

En dicho encuentro, es vital no pasar por alto ningún mensaje que el usuario transmite, sea verbal o no verbal, elementos que deben ser vistos como una sola unidad ya que la interacción verbal necesita el apoyo de las comunicaciones no verbales, además de que las señales no verbales son más espontáneas, más difíciles de simular y menos susceptibles de ser manipuladas, por lo que es importante que el médico mantenga su atención en el paciente con el fin de no perder de vista valiosas señales no verbales que pueden "repetir o contradecir lo que se dijo verbalmente, sustituir los mensajes verbales, complementar, acentuar o regular los flujos de comunicación" (Knapp, 1992, p.101). Para de esta manera, obtener un diagnóstico más exacto, además de entablar una relación de empatía entre el médico y su usuario.

En cuanto a la opción de mirar a los ojos, únicamente 10 personas respondieron que su médico si los miró a los ojos y una persona que marcó la opción “otro” afirmando que el doctor “no prestó mucha atención, no explicó nada” correspondiente al doctor 7.

#### D. Confianza en el médico

**Gráfico No. 12.** ¿Sintió confianza de preguntar al médico sus inquietudes durante la consulta?



**Tabla No. 7 .** ¿Sintió confianza de preguntar al médico sus inquietudes durante la consulta?

MÉDICO	SÍ	NO
	%	%
MÉDICO 1	100%	
MÉDICO 2	67%	33%
MÉDICO 3	100%	
MÉDICO 4	100%	
MÉDICO 5	100%	
MÉDICO 6	100%	
MÉDICO 7	87%	13%

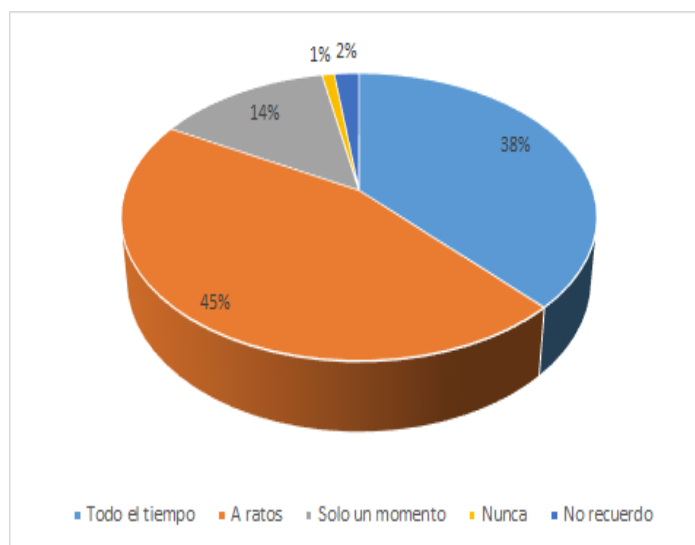
Los usuarios de los médicos a excepción del médico No. 2 coinciden entre un 87% y 100% en que sintieron confianza de preguntar al médico sus inquietudes, en tanto que un 33% de

los usuarios del médico dos respondió negativamente. Se debe tomar en cuenta que muchas personas que no sienten confianza en su médico, prefieren no visitarlo hasta que están realmente graves u optan por usar tratamientos caseros u obtenidos a través de internet; el médico puede hacer una diferencia muy importante con el modo en el que recibe e interactúa con sus usuarios. Según Peabody (1984), la cura y el tratamiento de la enfermedad, puede llevarse a cabo a través de procesos completamente impersonales, pero el manejo del padecimiento demanda una atención interpersonal y empática. Squier (1990) menciona que dicha capacidad interpersonal del entendimiento empático, es un elemento primordial en el encuentro clínico, independientemente de la naturaleza o del tiempo que se destine al mismo, teniendo en cuenta que “la cura está dirigida a la enfermedad y el cuidado a los pacientes” (Spiro, 1998, p.2). De modo que los médicos son agentes terapéuticos mediante los cuales las curaciones son efectuadas

En la interacción entre el médico y usuario, es importante la forma en que el médico recibe al paciente, ya que esto puede determinar el nivel de confianza con el que el paciente entra al consultorio y posteriormente facilitará o complicará el modo en que el usuario presente sus molestias e inquietudes. La mayor parte de lo que las personas transmiten, se encuentra en el lenguaje no verbal. Por lo general las personas realizan juicios con respecto a otras personas a través de lo que son capaces de percibir con sus sentidos, en especial en un primer encuentro, con la vista. La comunicación no verbal será lo primero que se perciba, la forma en que el médico use su cuerpo, esto quiere decir que a través de su actitud física, las palabras y el tono que use, estará transmitiendo mensajes de confianza o desconfianza a su paciente (Turvey, 2008).

Según Aristóteles, la misma palabra del médico se convierte en un medicamento, produciendo acciones psicológicas en los enfermos. Para Hipócrates el paciente debe participar activamente en el proceso de curación y el médico no debe hacer uso de los fármacos hasta que no haya entablado con el paciente una relación terapéutica satisfactoria, misma que es de amistad y que debe ser basada en la confianza del paciente no solo en la medicina, sino también en el médico que lo trata. (Garzón, 2011).

**Gráfico No. 13.** El médico lo miró a los ojos



**Tabla No. 8.** El médico lo miró a los ojos

MÉDICO	Todo el tiempo	A ratos	Solo un momento	Nunca	No recuerdo
	%	%	%	%	%
MÉDICO 1	53%	47%			
MÉDICO 2	20%	33%	40%	7%	
MÉDICO 3	40%	47%	13%		
MÉDICO 4	40%	60%			
MÉDICO 5	50%	30%	10%		10%
MÉDICO 6	33%	60%	7%		
MÉDICO 7	33%	33%	27%		7%

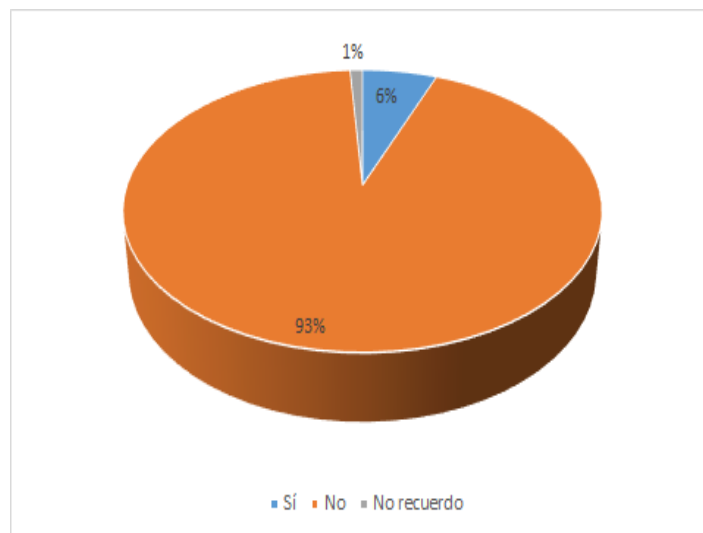
En cuanto al contacto visual durante la consulta, se destaca que, entre el 50% y 53% los usuarios de los médicos 1 y 5 respondieron que les miraron todo el tiempo durante la consulta, en tanto que del médico 4 sobresale con 60% que los usuarios respondieron que el médico los miró a los ojos a ratos. Las conductas no verbales, como se ha mencionado antes, son de vital importancia en el encuentro clínico, las mismas que no solo producen confianza o desconfianza en el paciente, sino también promueven la vinculación, “incluyen los esfuerzos del médico para igualar las posturas del paciente, gestos, ritmos de respiración, tono de la voz y velocidad del habla y los patrones de lenguaje” (Matthews et al., 1993,p. 974). También el

tono de la voz y la mirada o el desvío de la mirada son importantes señales no verbales que están presentes en los encuentros clínicos, a pesar de que muchas veces pasan desapercibidos.

Goldstein y Michaels (1985), manifiestan que las posturas corporales y las expresiones faciales son manifestaciones externas del mundo interno de las personas, y estas ayudan a entablar una comunicación empática en los encuentros médico-usuario. El grado de afinidad que existe entre el médico y usuario está relacionado con el acontecer de una postura compartida.

El cerebro humano capta las señales emocionales que transmiten las expresiones faciales. El grado de contacto visual es un indicio del compromiso empático médico-paciente, si un par de personas siente agrado en lugar de desagrado entre sí, se mantiene un mayor contacto visual, pero este factor también puede estar determinado por razones culturales o de género, que pueden influir en el nivel de contacto visual deseable entre el médico y paciente (Mehrabian, 1969).

**Gráfico No. 14.** ¿El médico parecía cansado o estresado durante la consulta?

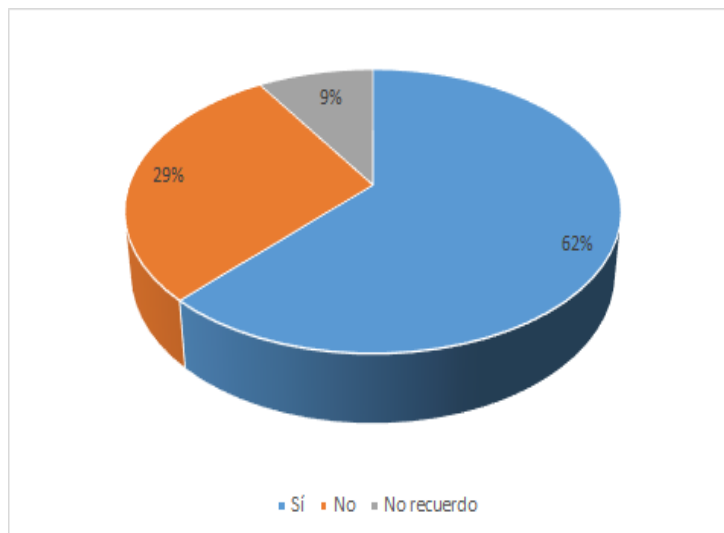


Para la gran mayoría de pacientes el médico que los atendió no parecía cansado ni estresado. “En un estudio de los cambios fisiológicos durante la interacción interpersonal, sugieren que la resonancia empática involucra actividades fisiológicas y neurológicas compartidas entre las personas que interactúan” (citado en Hojat, 2007, p. 57) por ejemplo;

...en la frecuencia cardíaca, el estilo interpersonal de un médico, por ejemplo elogiar o criticar, puede influir en la reacción fisiológica del paciente, los investigadores observaron que las frecuencias cardíacas de los pacientes se elevaron más cuando el médico había tenido un mal día. (Malno et al, 1957, p. 110)

Es decir, que si el médico se muestra despreocupado o desinteresado, pueden haber consecuencias fisiológicas en los usuarios, pero también se debe tener en cuenta que la medicina es una profesión muy demandante que puede provocar estrés o problemas mentales en los médicos, tales como la depresión o ansiedad, más aún si debe tratar con usuarios molestos y difíciles, si el galeno se siente cansado o estresado, puede enviar señales involuntarias de forma no verbal y el paciente lo puede tomar como falta de cordialidad o de poca preocupación hacia sus problemas, dando como consecuencia un paciente insatisfecho y un médico con problemas de estrés, es por esto que una comunicación eficaz y una sana relación entre el médico y su paciente puede tener efectos terapéuticos no sólo para el usuario sino también para el galeno.

**Gráfico No. 15.** ¿El médico parecía preocupado por usted?



**Tabla No. 9.** ¿El médico parecía preocupado por usted?

MÉDICO	SÍ	NO	NO SABE/ NO RECUERDA
	%	%	%
<b>MÉDICO 1</b>	87%	13%	
<b>MÉDICO 2</b>	33%	60%	7%

<b>MÉDICO 3</b>	47%	47%	7%
<b>MÉDICO 4</b>	60%	13%	27%
<b>MÉDICO 5</b>	70%	20%	10%
<b>MÉDICO 6</b>	80%	13%	7%
<b>MÉDICO 7</b>	47%	47%	7%

Entre un 60% y 87% de los usuarios de los médicos 1, 4, 5 ,6 respondieron afirmativamente. Señalan que cuando les atendió sí parecía preocupado por ellos, en cuanto al médico dos más de la mitad de usuarios respondieron que no. Si el doctor muestra preocupación ante las palabras del paciente, éste va a percibir que existe un interés genuino y se va a generar una conexión que permite al usuario tener la confianza de poner su situación en manos del médico y confiar en su diagnóstico y tratamiento. La percepción de la preocupación del médico se puede observar por la forma en que mira al paciente, modula la voz, repregunta, relaciona los síntomas con la vida diaria del mismo y llegan a un acuerdo de ayuda mutua, el médico prescribe el tratamiento y el paciente confía lo suficiente para seguirlo al pie de la letra, facilitando el trabajo del profesional de la salud.

Cuando el médico muestra preocupación por su paciente, genera confianza, además de disminuir la incertidumbre y hacerle sentir en un ambiente cómodo y agradable al usuario, pero esto no siempre es posible debido a que desde inicios del siglo XX, la medicina se masificó y en una sociedad de consumo como en la que se desarrolla actualmente, además del gran progreso de técnicas específicas y su especialización, la interacción y la calidez humana han ido decreciendo en los encuentros clínicos, en especial en instituciones de mayor tamaño en las cuales se atiende a un gran número de pacientes, permitiendo que la tecnificación supere la relación entre médico - paciente y dando como resultado que el médico priorice la información obtenida a través de aparatos sofisticados que de la boca del paciente o la exploración física (Garzón,2011).

Para el paciente sentir que el médico muestra preocupación por él le da tranquilidad y confianza en el mismo, además de conseguir una relación empática, así también lo menciona Álvarez:

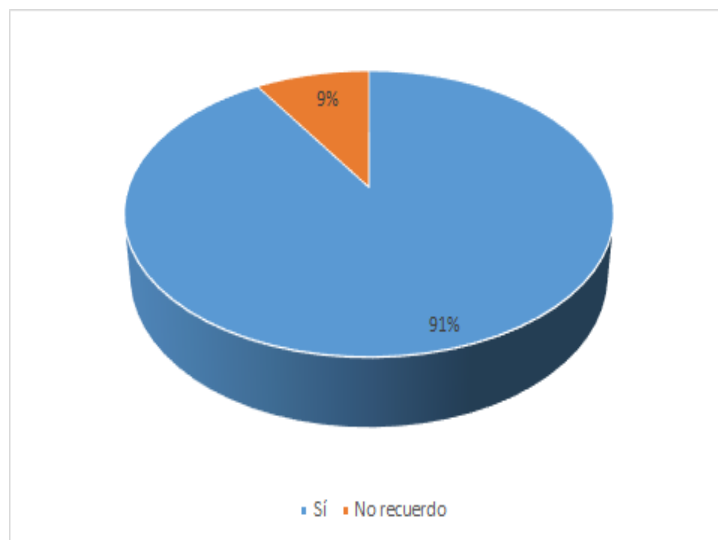
...es importante tener en cuenta el impacto de los factores interpersonales y del comportamiento que es vital para un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes. Es importante saber escucharlos, entenderlos,

observar sus conductas no verbales, facilitar la comunicación y mantener siempre una comunicación empática. (Álvarez 2008, p. 58)

Se puede afirmar que se debe construir un vínculo y ambiente de confianza. El médico al ser el responsable del proceso comunicativo, es el encargado de la vinculación, misma que debe ser basada en la habilidad para decodificar y codificar los mensajes transmitidos por sus pacientes.

Hojat (2007), aclara que el ser humano nace con un deseo intrínseco de afiliación y búsqueda de ayuda así como la interacción con el médico en una relación empática, este fenómeno complejo del deseo de apoyo social en las relaciones médico-paciente se vuelve más evidente, considerando que los pacientes exhiben un incremento en el deseo de afiliación, algo que se espera de modo natural cuando la gente sufre ya que los sentimientos de miedo o preocupación afloran el deseo humano de afiliación.

**Gráfico No. 16.** ¿Durante la consulta con el médico, se sintió cómodo?



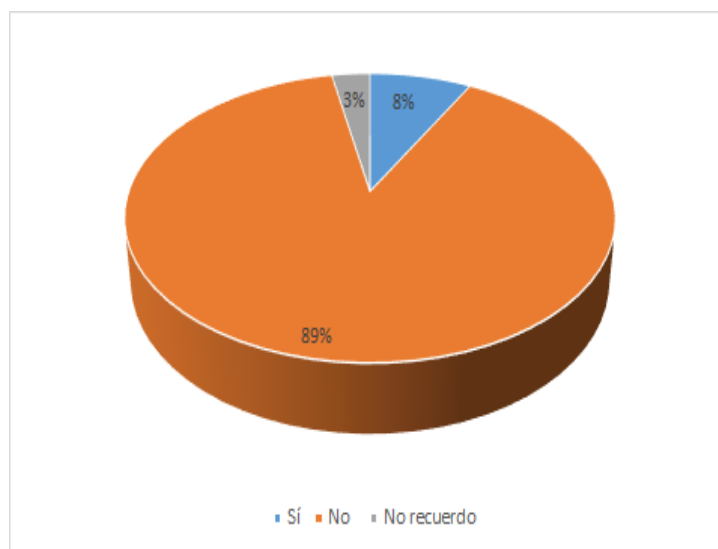
La mayoría de usuarios afirmaron sentirse cómodos durante la consulta, hay que tomar en cuenta que para que esto ocurra “la disponibilidad de apoyo social por parte del médico es crucial” (Platt y Keller, 1994, p.225). Durante el encuentro clínico se produce una interacción no solo verbal, sino también ocupan gran importancia componentes del comportamiento no verbal, enviando señales al paciente que influyen en su percepción acerca del médico ya sea de forma positiva o negativa.

La empatía es otro elemento clave para que el paciente se sienta cómodo, una relación empática en los encuentros clínicos “...construye el camino hacia la conexión interpersonal entre médicos y pacientes, la presencia de un médico empático es un don de apoyo social para los pacientes y personifica la conexión humana con todos sus efectos benéficos” (Hojat, M. 2007, p.67).

El efecto inmediato de una relación afectuosa fluye a partir de las consecuencias fisiológicas de sentirse atendido, pues la neurobiología de tal relación promueve un patrón de respuesta endocrina que favorece la homeostasis y es la antítesis de la respuesta de lucha o huida. (Adler,H. 2002, p. 879)

Es decir que si el paciente se siente cómodo y comprendido, la respuesta de su cerebro será de calma y tranquilidad, lo que resulta terapéutico para el resto de su cuerpo, ya que no se segregan sustancias de estrés o miedo, lo que ocurriría si siente que el médico no lo apoya o se preocupa por su dolencia, desencadenando una respuesta de temor en su mente y por ende afectando su salud.

**Gráfico No. 17.** ¿Hubo sentimientos de superioridad por parte de su médico?



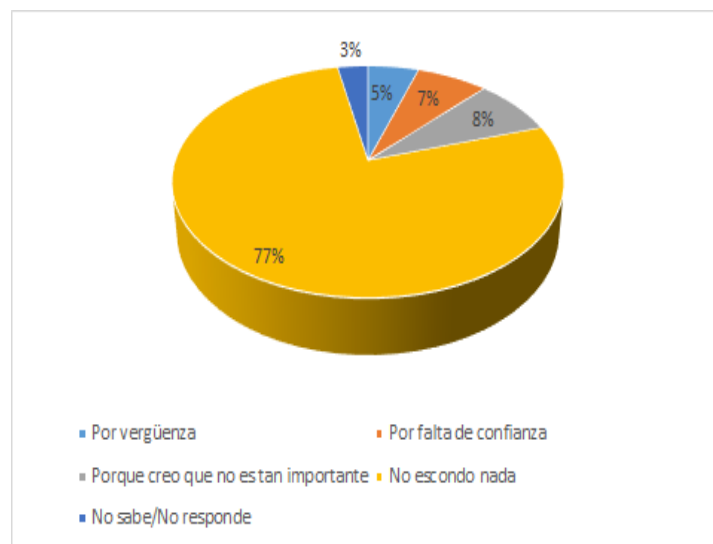
La mayoría de pacientes afirmaron que no hubo sentimientos de superioridad por parte de su médico, es importante que el profesional de la salud sepa ser asertivo y así conseguir una buena relación médico-paciente, dicha asertividad permite aceptar y tolerar el derecho de los demás a pensar, opinar, actuar. Esta cualidad se encuentra relacionada con el respeto al otro, actuar con firmeza, sin agresividad, ni superioridad, ni prepotencia permite aceptar los propios errores y el de los demás (Zayas Agüero, p. 2011).

El profesional de la salud debe tener en cuenta que trata con personas que tienen una historia, un día a día y no son simplemente objetos de estudio, por lo cual las dos partes deben ser vistas como miembros iguales de la sociedad con las mismas condiciones, es así que el médico debe ser comprensivo y saber escuchar evitando por completo los sentimientos de superioridad, “los médicos que son arrogantes en los contactos interpersonales cometen un pecado mayor que la avaricia, porque la arrogancia interfiere en el desarrollo de una buena relación” (Rosenow, 1999, p. 91).

Para llegar a esta buena relación clínica es necesario entender que mientras más grande es la formalidad, es más probable que la comunicación sea “superficial, vacilante y estereotipada” (Knapp, M. 1992, p. 84), es por esto que el galeno debe evitar ser arrogante y contener cualquier sentimiento de superioridad. En lugar de esto, debe mostrarse amistoso, confiado, relajado, sin prisa y capaz de transmitir empatía, utilizando sus habilidades sociales para ganar la confianza del paciente y construir una relación saludable y beneficiosa.

### E. Actitudes de los pacientes frente al médico

**Gráfico No. 18.** ¿Usted esconde síntomas al médico?



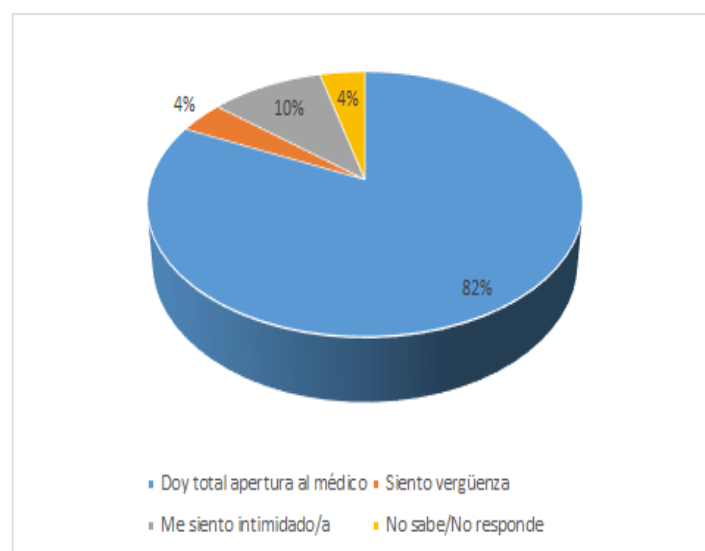
La mayoría de usuarios respondieron que no ocultan nada a su médico; la comunicación interpersonal que se da durante el encuentro clínico, es donde se produce la relación humana directa ya que el paciente se expone totalmente ante el médico creando vínculos a través de

su propia personalidad (Zayas, 2011). Según Hojat (2007), estas relaciones interpersonales son capaces de satisfacer las necesidades que tiene el ser humano por afiliación y apoyo social. Durante este proceso de comunicación, los usuarios expresan “tanto verbal como extra verbalmente sus ideas, pensamientos, miedos, estados emocionales y vivencias personales” (Zayas, 2011, p. 23).

Para conseguir que el paciente sienta la suficiente confianza de compartir con el doctor dichos elementos, se debe contar con el factor de la empatía antes mencionado, que le permita al médico comprender y asumir la realidad de su paciente, si el usuario se siente comprendido hay mayor probabilidad de que no oculte u obvie información que puede ser clave para el diagnóstico y su tratamiento (White, 1991).

“La semiología es la rama de la medicina que se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones de una enfermedad” (Álvarez, 2008, p 61) y se consigue a través de la simple observación, lo cual no siempre es suficiente, es por esto que además de la observación se debe hacer uso del lenguaje verbal y no verbal, lo cual implica el uso de las relaciones interpersonales entre el médico y su paciente y brindarle la confianza necesaria para que el paciente pueda sentirse en la libertad de contar todos sus síntomas por más insignificante que le parezca; por ello es importante el entendimiento mutuo que “genera un circuito dinámico de retroalimentación que sirve no solo para fortalecer el compromiso empático, sino también para hacer diagnósticos más precisos y así proveer un mejor tratamiento” (Hojat, 2007, 69)

**Gráfico No. 19.** Durante el examen físico:



**Tabla No. 10.** Durante el examen físico:

MÉDICO	Doy total apertura al médico	Siento vergüenza	Me siento intimidado/a	No sabe/No responde
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
MÉDICO 1	87%		13%	
MÉDICO 2	60%	13%	20%	7%
MÉDICO 3	93%			7%
MÉDICO 4	93%		7%	
MÉDICO 5	70%		30%	
MÉDICO 6	87%			13%
MÉDICO 7	80%	13%	7%	

Cerca de una cuarta parte de los de usuarios del médico 2 se sintieron intimidados durante el examen físico, sin embargo entre el 70% y 100% de los usuarios de los siete médicos respondieron que dan total apertura al médico durante el examen físico, esto se debe a la habilidad del médico, quien se dedica a mejorar la salud del usuario que acude a él y para esto es necesario llevar a cabo la interacción interpersonal con naturalidad, cercanía y respeto, tomando en cuenta que dicha relación no se da de modo espontáneo o casual sino más bien bajo circunstancias de estrés o dolor por parte del paciente, además de compartir espacios personales.

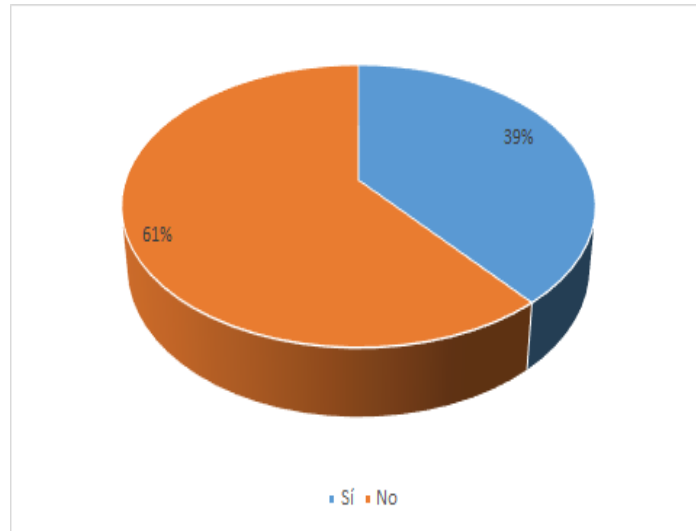
Este grado de intimidad al que se puede llegar durante un encuentro clínico significa que hay usuarios que pueden sentir vergüenza de pasar por el examen físico o sentirse intimidado por el médico, debido a esto la confianza que transmite el médico durante la consulta determina un diagnóstico preciso y el posterior seguimiento del tratamiento.

Por consiguiente una de la claves del éxito de la RMP es el entendimiento empático del médico hacia su paciente que le permite ponerse en el lugar del otro y conocer las características individuales del usuario, entendiendo de dónde vienen sus miedos y temores, y facilitando el proceso de curación. Cuando el paciente se siente cómodo en un ambiente de naturalidad durante el examen físico, hay menos posibilidades de que oculte síntomas o información importante para conseguir un mejor diagnóstico por vergüenza o no sentirse comprendido. Hojat (2007), manifiesta que es responsabilidad del médico que sus pacientes

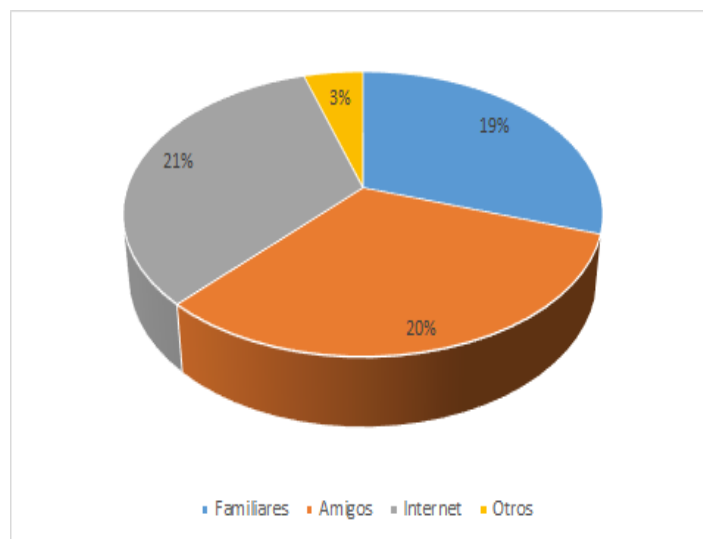
sientan que sus preocupaciones y dudas sean bien recibidas y que serán despejadas con paciencia e interés.

#### F. Uso de las nuevas tecnologías para consulta médica

**Gráfico No. 20.** ¿Consulta a otras personas o en internet antes de acudir a un médico?



**Gráfico No. 21.** ¿A quién consulta?



La mayoría de usuarios respondieron que no consultan otras fuentes antes de acudir al médico, lo que facilita el trabajo del médico porque el paciente no viene con ideas de lo que podría tener, posiblemente diagnósticos errados. Sin embargo, de quienes consultaron, afirman la mayoría, que buscan ayuda en amigos e internet. Internet es una herramienta

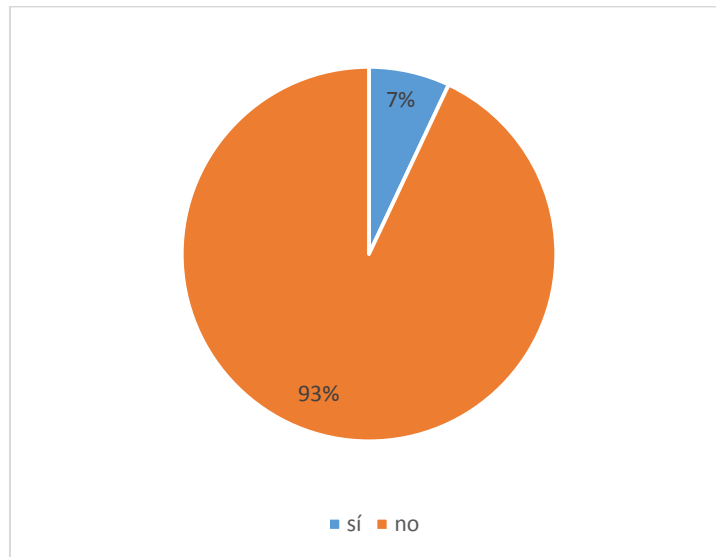
valiosa en la que se puede encontrar todo tipo de información, pero no siempre es la mejor opción al momento de diagnosticar una enfermedad por cuenta propia.

Cuando se busca en internet o se consulta a gente no capacitada se puede caer en un diagnóstico errado, ya que interpretan mal sus síntomas, primero porque la información puede ser poco fiable y no científicamente comprobada, además de que no es lo mismo buscar un síntoma que se puede confundir con otros similares correspondientes a otras enfermedades, dado que al consultar en internet aparece una lista de enfermedades en su mayoría graves, lo que puede causar mayor estrés en el usuario y llevarlo a auto medicarse sin estar capacitado, esto es sumamente peligroso para la salud, debido a que si el paciente toma medicinas por su cuenta, puede generar resistencia a otros medicamentos y al momento de acudir al médico, éste va a tener que buscar alternativas con medicamentos más fuertes para contrarrestar la enfermedad, además de que al tomar medicamentos por su cuenta, enmascara la enfermedad y es más complicado llegar a saber cuál es exactamente el cuadro clínico (Vargas, 2017).

El paciente puede pensar que al informarse mucho por internet va a conseguir una solución a su dolencia, pero nada puede igualar al resultado de una década de estudios del profesional de la salud que le permite descartar, aceptar o relacionar síntomas, a través de preguntas más precisas acerca de la dolencia, además de la observación y la exploración física que realiza, dando como resultado un diagnóstico certero, puesto que aunque el usuario realizara la exploración física por sí mismo, no tendría el conocimiento necesario para acertar.

Cuando el paciente acude a la cita después de haber averiguado por su cuenta, llegan con ideas acerca de lo que pueden tener, lo que deben o no deben tomar, predispuestos a que el doctor le reafirme acerca de la enfermedad que creen tener, poniendo incluso en duda el manejo profesional del médico, lo que complica el trabajo del galeno y crea dificultad en la relación médico-paciente.

**Gráfico No. 22.** ¿Utilizó su celular durante la consulta?



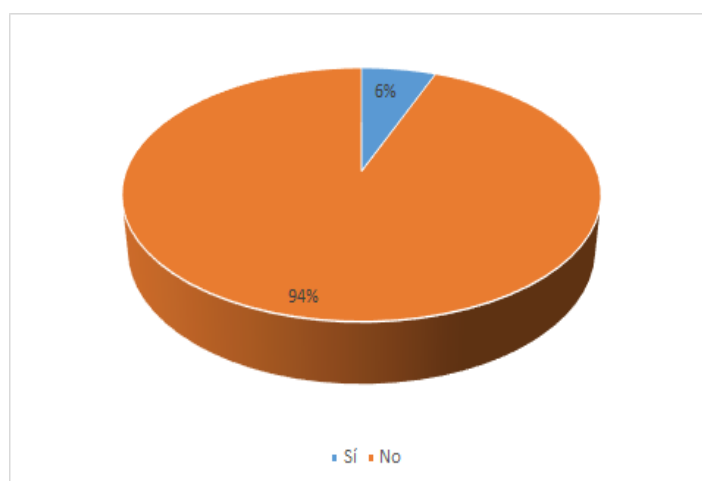
La gran mayoría de usuarios afirmaron que no usaron su teléfono celular durante el encuentro clínico. El uso del celular se ha masificado a tal punto en que las personas de todas las edades poseen un teléfono celular, lo que ha cambiado la forma de comunicarse pudiendo conectarse desde cualquier parte del mundo en tiempo real, convirtiéndose en un objeto indispensable para relacionarse, trabajar e informarse, “dicho objeto está alterando hábitos y costumbres de segmentos crecientes de la sociedad” (Vacas, 2007, p. 32).

El teléfono móvil ha dejado de ser un simple instrumento de comunicación evaluable solo en su dimensión técnica, para ser elevado a un “objeto social y cultural”, presente en todos los aspectos del diario vivir, cada día es mayor su difusión y sus niveles de penetración, dejando con ello suficiente evidencia sobre ciertos tipos de dependencia que se articulan entre sus usuarios y de los efectos que se producen en el espacio privado y público, dando lugar a una serie de nuevas implicaciones sociales (Ramírez, 2008).

El uso del celular mientras se habla con alguien o se tiene una cita, es socialmente considerado descortés, en el caso del encuentro clínico, si el usuario hiciera uso de su celular, significaría que no tiene interés por lo que el médico tiene que decirle, además de provocar que el galeno se distraiga al ver al paciente concentrado en otra cosa; por consecuencia el usuario al no prestar atención, no acataría las indicaciones del médico ni seguiría al pie de la letra las mismas, lo que tendría impacto en su salud. El doctor Fabián Salazar director del Servicio Médico Universitario afirma:

En mi experiencia el hecho más frecuente durante la consulta es leer o responder mensajes de *whatsapp*, esto influye en la consulta porque se pierde la empatía médico paciente, causa distracción y falta de concentración durante la entrevista, examen físico y principalmente durante la explicación sobre el diagnóstico, tratamiento y medidas de apoyo; por ejemplo, es común que nosotros recomendemos el uso de gárgaras para ayudar en problemas de faringitis pero en consultas de control, los pacientes dicen que no se le indicó. Otro ejemplo es recomendaciones para la realización de exámenes de laboratorio que no se cumplen por la distracción que ocasiona el uso del celular (Salazar, 2016, comunicación personal).

**Gráfico No. 23.** ¿El médico usó su celular durante la consulta?



**Tabla No. 11.** ¿El médico usó su celular durante la consulta?

MÉDICO	SÍ	NO
	Porcentaje	Porcentaje
MÉDICO 1	7%	93%
MÉDICO 2		100%
MÉDICO 3	7%	93%
MÉDICO 4		100%
MÉDICO 5	20%	80%
MÉDICO 6	13%	87%
MÉDICO 7		100%

En el caso del médico 5 se destaca un 20% de pacientes que afirmaron que el médico sí usó su celular durante la consulta lo que puede causar inconvenientes en la relación médico-paciente. En cuanto a los demás médicos entre el 80% y 100% afirmaron que el médico que

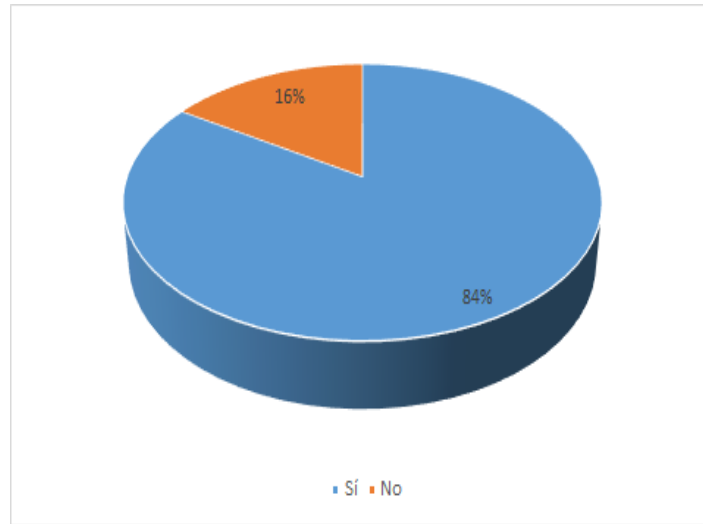
los atendió no usó su teléfono celular durante la consulta a la que acudieron, el uso del celular mientras otra persona habla no solo es una falta de respeto, más aún en el encuentro clínico en donde el paciente se siente vulnerable y necesitado de respuestas y atención y el uso del celular puede significar que se sienta ignorado e incómodo. Gubem (2000), señala que la sociedad posindustrial en la que habitamos ha creado personas que interactúan más tiempo con pantallas y teclados que con sus semejantes.

Esta característica no solo se ve en el ámbito familiar o de amistad, también está presente en los encuentros clínicos, en donde la tecnología y avances médicos han ido tomando un papel predominante, formando parte de los grandes logros de la humanidad, pero también puede resultar en un elemento distanciador entre el médico y su paciente, debido a que los médicos podrían preferir los datos ofrecidos por los aparatos médicos antes que la exploración física y lo contado por el paciente, es decir que la tecnología va ocupando el lugar de los profesionales de la salud y por su lado los pacientes pierden el contacto humano y sus beneficios en la curación (Hojat, 2007).

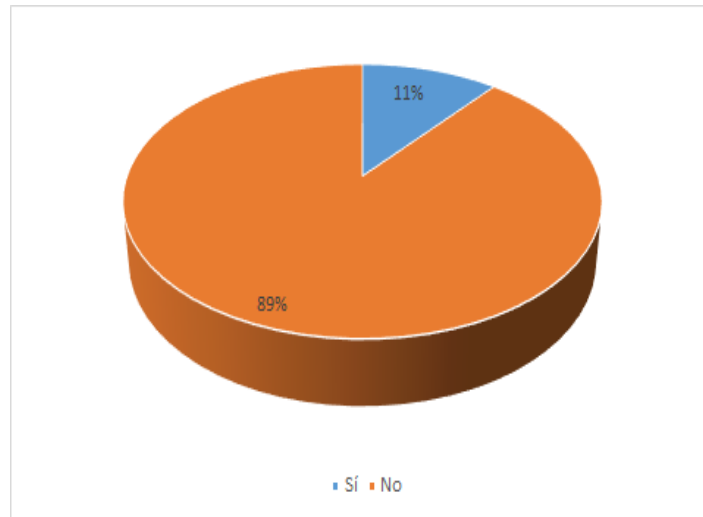
Es por esto que los médicos deben entender que los enfermos no solo necesitan de un diagnóstico de su mal, sino una respuesta a su búsqueda de apoyo, es decir de la compañía y empatía que el ser humano busca más aún en momentos críticos cuando se ve vulnerable por alguna enfermedad o problema, ya que las máquinas no pueden tomar el lugar de los seres humanos en cuanto a la empatía hacia alguien sufriendo estrés o dolor además de tener en cuenta que la vida humana es vivida en las relaciones y la cercanía. Hojat (2007), señala que una correcta relación médico-paciente no solo provee beneficios al paciente, sino también al médico como un calmante en medio del estrés o lo demandante de la profesión ya que el médico está expuesto a tratar cara a cara con la muerte, familiares agobiados por el dolor, entre otras cosas que pueden provocar cansancio no solo físico sino mental.

## G. Actitudes del médico en la consulta

**Gráfico No. 24.** ¿El médico pudo ver las cosas desde mi perspectiva?



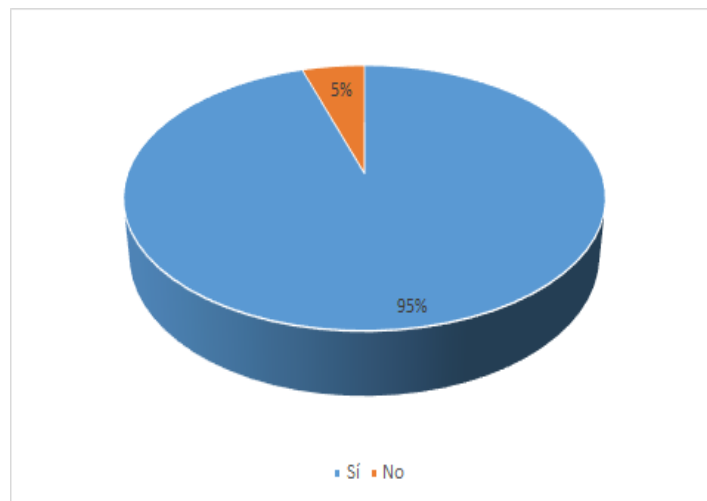
**Gráfico No. 25.** ¿Fue difícil para el médico ver las cosas bajo su perspectiva?



La gran mayoría de pacientes afirmaron que el médico sí pudo ver las cosas desde sus perspectivas y que no fue difícil para el galeno conseguirlo. El profesional de la salud a más de ser poseedor del conocimiento en su rama, debe desarrollar sus habilidades sociales con el fin de lograr entender a sus pacientes en todas las áreas, ya que la salud está ligada a la mente y a los factores cotidianos que atraviesa el paciente, siendo de vital importancia poder enlazar todas estas áreas al momento de realizar un diagnóstico.

La vinculación entre el médico-paciente es más fuerte si el médico escucha “no solo las palabras del paciente sino también lo que no dicen y cómo lo dicen” (Hojat, 2007, 35). Entonces, para lograr un mejor encuentro de la dinámica interpersonal en los encuentros clínicos, el médico debe tener en cuenta que no es lo mismo considerar a su paciente como un caso clínico únicamente, sino como una persona vulnerable por su condición, en busca de ayuda, con problemas, miedos, traumas.

**Gráfico No. 26.** ¿Se siente mejor cuando el médico comprende sus sentimientos?



La gran mayoría afirma sentirse mejor cuando su médico comprende sus sentimientos, para ello se debe trabajar en la empatía que se da gracias a la escucha activa, la cual requiere de esfuerzo y concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico.

Según Hofstadt la escucha activa es:

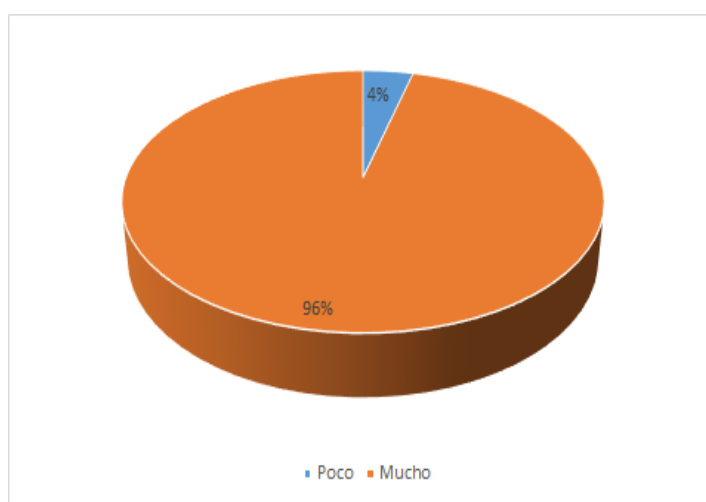
El esfuerzo físico y mental de querer escuchar con atención la totalidad del mensaje que se emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo, a través del comunicado verbal y no verbal que realiza el emisor. Escuchar activamente es poner todos los medios a nuestro alcance para lograr entender lo que nos quieren decir, mostrando además un afán de interés ante la presencia del mensaje y una conducta de colaboración con el emisor en su tarea de comunicar (Hofstadt , 2005).

Entonces, a través de la escucha activa el galeno puede ser capaz de comprender el mundo interno del paciente, debe considerar que el “individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas, un estilo único de interacción” (Wilkinson y Canter, 1982, p.81). Miedos, temores y sus preocupaciones con respecto al problema de salud por el cual están atravesando, esto da como resultado un paciente que

siente que su médico se preocupa por lo que está viviendo y le da la confianza de poner su salud en manos del médico.

Por lo tanto como ya se ha mencionado antes, una buena relación entre médico - paciente se da gracias a la empatía, que permite al galeno entender los sentimientos de sus usuarios, siendo la “habilidad de ponerse en el lugar del paciente sin abandonar el propio espacio personal y ver el mundo desde la perspectiva del paciente sin perder de vista el propio cometido personal y responsabilidades profesionales” (Hojat, 2007, p. 52).

**Gráfico No. 27.** ¿Consideró que la actitud del médico es importante durante la consulta?



**Tabla No. 12.** ¿Consideró que la actitud del médico es importante durante la consulta?

MÉDICO	POCO	MUCHO
	Porcentajes	Porcentajes
MÉDICO 1	7%	93%
MÉDICO 2	7%	93%
MÉDICO 3	7%	93%
MÉDICO 4	7%	93%
MÉDICO 5		100%
MÉDICO 6		100%
OPCIÓN 7		100%

La gran mayoría de usuarios consideran que la actitud del médico durante el encuentro clínico es de gran importancia, debido a que la salud es “...un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 1948), es decir, las personas esperan que la interacción sea más humana a través de una comunicación efectiva y vaya más allá del encuentro entre el médico y el caso clínico únicamente.

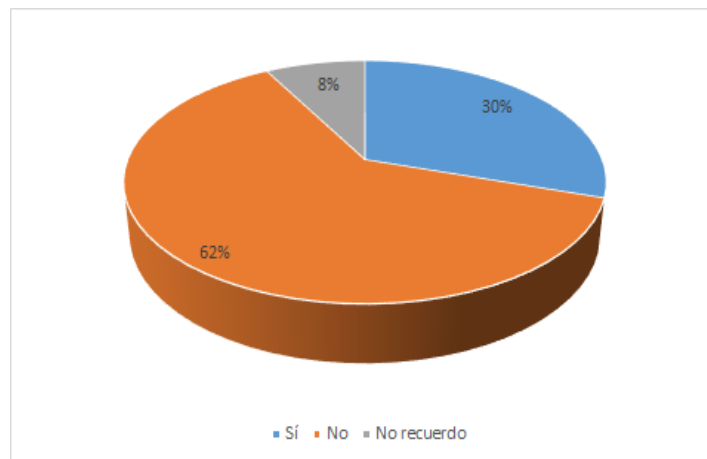
Por lo tanto, el modo, los gestos o el tono que el profesional de la salud usa para transmitir los mensajes al paciente, crea una idea mental en el mismo acerca del médico y como resultado de esto predispone su actitud, sea de confianza o de desconfianza. La comunicación no verbal es un elemento clave en esta dinámica de interacción durante el encuentro clínico, el paciente al acudir por ayuda médica, está en la búsqueda de respuestas, por lo que está pendiente de cada palabra y reacción.

Dichos gestos no verbales son los encargados de mantener y regular el habla y la escucha durante la interacción clínica, los cuales son intrínsecos al ser humano y de naturaleza involuntaria, por lo que no son percibidos por la persona que los transmite, pero sí por quien recibe dichas señales. A través de estos elementos, el médico puede indicar a su paciente que continúe hablando, repita, mencione más detalles, acelere la explicación o le otorgue su turno de hablar. Si el médico asiente con la cabeza rápidamente, puede ser que el mensaje sea “dése prisa y termine”, pero si realiza el mismo movimiento de manera lenta y reflexiva, seguido de las pausas que hace el paciente, puede significar, “continúe hablando” y si por el contrario, una de las dos partes quiere finalizar el encuentro clínico, disminuirá el contacto visual con su interlocutor (Knapp, M. 1992).

Debido a esto, el médico es el encargado de regular el encuentro clínico, debe prestar atención a estas señales sutiles que pueden pasar desapercibidas y causar un impacto negativo en el paciente que se encuentra en un momento vulnerable debido a su dolencia. Plat y Keller (1994), afirman que cuando una persona atraviesa momentos de sufrimiento o estrés debido a una enfermedad, su impulso natural de conexión incrementa notoriamente. Por su parte Hojat (2007), manifiesta que dicha tendencia natural de las personas viene de una raíz evolutiva que ha permitido asegurar la supervivencia humana la búsqueda de este apoyo social se traduce en atención en el ámbito de cuidado de la salud.

Para Matthews (1993), los momentos de entendimiento y de conexión, que quiere decir (*co* por estar juntos y *nexus* por formar un entero). Dichos momentos se pueden llegar a generar a través de una comunicación asertiva no son solo terapéuticos para el paciente, también el médico se beneficia de esta dinámica interpersonal. Estar presente cuando una persona necesita apoyo social es un remedio terapéutico descrito como el don de la presencia como lo afirma Nicolás (2002). Por tal motivo, la presencia del médico por sí sola puede significar gran apoyo cuando se ha establecido una relación empática entre el médico y su paciente.

**Gráfico No. 28.** ¿El médico tuvo sentido del humor durante la consulta?

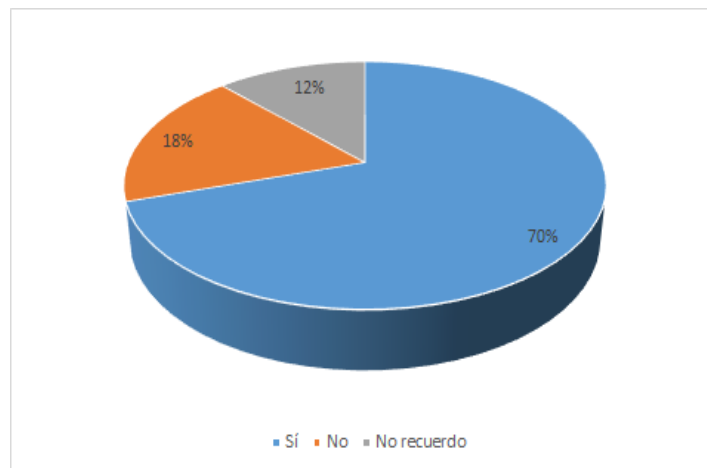


Más de la mitad de los pacientes afirmaron que el médico no tuvo sentido del humor. El humor, una experiencia compartida, cumple una función importante en la efectividad de la interacción comunicativa entre médico-paciente, el humor como la ironía reclama algún tipo de víctima, pero sobre todo, exige cómplices, el resultado de estas bromas es la generación de emociones positivas que pueden alejar los miedos, o bien aliviar la tensión propia de situaciones en que la vergüenza o el pudor pudieran coartar la fluidez de la comunicación con el profesional (Macián, 2009).

Los usos humorísticos en este ámbito tienen efectos comunicativos positivos, aunque en la mayoría de los casos son los pacientes quienes toman la iniciativa con el fin antes mencionado de enmascarar la vergüenza o el temor ante una situación embarazosa, pero es mucho menos frecuente que el profesional de la salud la tome, lo relevante es que el médico acepte la broma y a veces la prolongue, siendo una respuesta que refuerza la empatía, la percepción de “sentir con el otro” (Macián, 2009, p.11).

Pero es necesario hacer una distinción entre empatía y simpatía. Según Aring (1958), la simpatía involucra sentimientos que no requieren esfuerzo para compartir o ser partícipe del dolor o el sufrimiento del paciente, en tanto que la empatía implica un esfuerzo por entender las necesidades y experiencias del mismo. Es por esto que empatía y simpatía reflejan diferentes cualidades humanas que tienen influencias medibles distintas sobre la conducta profesional del médico, su empleo de recursos y el resultado clínico (Nightingale, Yarnold y Greenberg, 1991).

**Gráfico No. 29.** ¿El médico trató de poner atención a sus emociones durante la consulta?



La mayoría de pacientes coincidieron en que el médico sí trató de poner atención a sus emociones, esto provoca que el paciente se sienta confiado y cómodo al contarle sus problemas, para esto el médico debe desarrollar sus habilidades sociales, conducta que le permite “buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos” (Rich y Schroeder, 1976, p.63), así como;

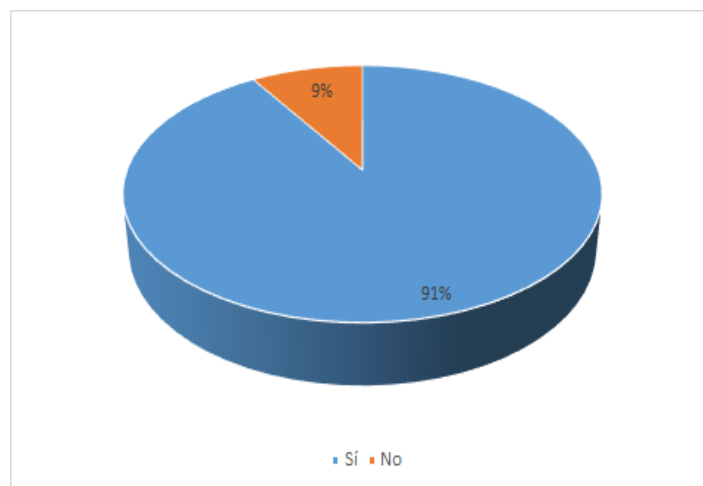
... el grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, sin dañar los derechos, de la otra persona y comparta estos derechos, etc. Con los demás en un intercambio libre y abierto. (Phillips, 1978, p. 13)

Knapp (1992), afirma que en esta interacción comunicativa humana intervienen factores tales como expresar emociones, transmitir actitudes interpersonales (gusto, disgusto-dominación, sumisión etc), presentar al médico la propia personalidad y acompañar el habla con el fin de administrar las intervenciones, la retroalimentación, la atención, etc. Para DiMatteo (1979), el médico debe saber cómo manejarse emocionalmente con sus pacientes, esta habilidad va más allá de lo verbal, por ello los médicos deben estar preparados para decodificar los indicios no

verbales que son un componente importante en la formación de relaciones empáticas con sus pacientes.

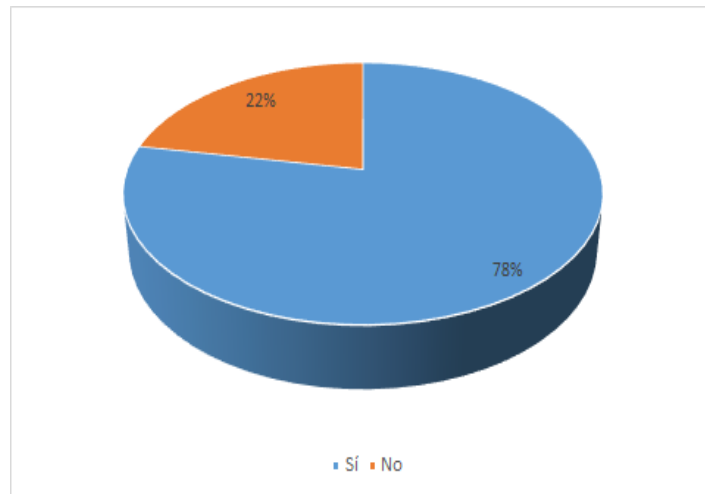
La medicina se enfoca principalmente en la enseñanza de competencias y habilidades que permiten el desarrollo de la parte clínica del galeno, sin embargo, no siempre le dan el lugar que debe ocupar la inteligencia emocional, que permita entender al otro. Para Sigmund Freud (1856 – 1939) la relación médico - paciente es fundamental, y la entrevista clínica un instrumento que permite al paciente contar lo que le pasa y relacionarlo con su historia familiar, su trabajo y su vida cotidiana. Freud cree que la palabra es el mejor recurso para crear en el enfermo un estado anímico favorable a la curación. Es por esto que es beneficioso para el paciente que el médico exprese preocupación e interés por sus emociones, llegando incluso a ser parte del tratamiento, ya que el paciente siente que puede confiar su vida, su salud, su cuerpo a su médico.

**Gráfico No. 30.** ¿El médico puso atención a sus inquietudes?



La mayoría de pacientes afirmaron que el médico sí puso atención a sus inquietudes, lo que produce un sentimiento de tranquilidad en el paciente, al saber que puede disipar sus dudas, miedos y temores, gracias a la apertura del médico. Se debe tener en cuenta que la mayoría de los pacientes desean tener una relación estrecha y respetuosa con el médico, debido a que es la persona frente a la cual van a exponerse y a través de una buena relación pueden sentir menos vergüenza en situaciones embarazosas durante el encuentro clínico. Si el médico se muestra abierto a inquietudes del paciente, los alentará a abrirse de forma rápida (tomando en cuenta el corto tiempo de consulta) y a que puedan contar sus verdaderos problemas dejando de lado los pudores.

**Gráfico No. 31.** ¿Considera importante que el médico le pregunte lo que sucede en su vida para entender sus molestias físicas?



**Tabla No. 13.** ¿Considera importante que el médico le pregunte lo que sucede en su vida para entender sus molestias físicas?

MÉDICO	SÍ	NO
	Porcentaje	Porcentaje
MÉDICO 1	93%	7%
MÉDICO 2	73%	27%
MÉDICO 3	60%	40%
MÉDICO 4	100%	
MÉDICO 5	90%	10%
MÉDICO 6	73%	27%
MÉDICO 7	60%	40%

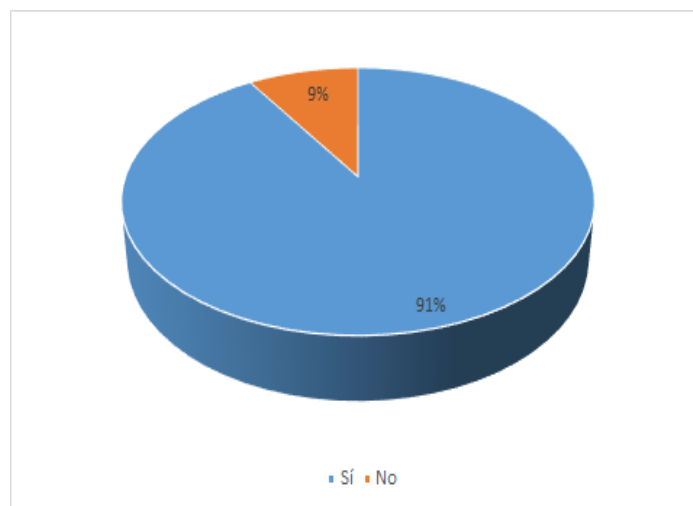
El 40% de pacientes del médico 2 y el 40% del médico 7, no consideran importante que el médico le pregunte lo que sucede en su vida para entender sus molestias físicas, sin embargo más de la mitad de usuarios de los 7 médicos si consideran importante. Cada paciente es un mundo, con diferentes perspectivas y realidades, por ello es fundamental tener en cuenta que dichos contextos influyen en el estilo de vida, pensamiento, contagio de enfermedades, además del seguimiento y aceptación del posible tratamiento por parte del paciente. “Las realidades clínicas están construidas culturalmente, y la naturaleza de las relaciones médico-paciente varía en diferentes culturas y grupos étnicos” (Kleinman, 1978, p.253).

Un claro ejemplo es el caso de personas que se declaran Testigos de Jehová y muchas de ellas no permiten la transfusión de sangre aun en casos extremos. Dado esto, es necesario tener en cuenta durante las consultas médicas factores como los socioculturales (normas culturales, diferencias raciales o étnicas, creencias religiosas, preferencia sexual) que pueden intervenir en el entendimiento, interacción y contenido de la comunicación entre el médico y su paciente así como al momento de la toma de decisiones clínicas. (Weissman, 2005)

Por consiguiente, el entendimiento empático es clave en estas situaciones sin importar su naturaleza cultural, entendiendo la empatía como la capacidad “de percibir el marco de referencia interno de otra persona... como si uno fuese la otra persona, pero sin perder la condición de *como si*, jamás” (Rogers, 1959, p.210). Esto significa que el médico entienda la situación del paciente para que éste se sienta comprendido y acate las recomendaciones y el tratamiento con resultados positivos, pero sin que el médico experimente realmente dichos sentimientos con el fin de que su objetividad clínica no se vea comprometida.

En cuanto más alto sea el nivel de empatía que se llegue a generar entre las dos partes, más cómodo y seguro se sentirá el paciente, esta conexión se fortalece cuando el médico escucha más allá de las palabras dichas, es decir no solo con los oídos anatómicos, sino también con su tercer oído que le permita visualizar los factores psicosociales, culturales y personales del paciente dando como resultado mayor entendimiento y por ende una relación más profunda (Jackson, 1992).

**Gráfico No. 32.** ¿Cree usted que un médico comprensivo, que le escuche, ayuda al proceso de curación?



**Tabla No. 14.** ¿Cree usted que un médico comprensivo, que le escuche, ayuda al proceso de curación?

MÉDICO	SÍ	NO
	Porcentaje	Porcentaje
MÉDICO 1	100%	
MÉDICO 2	93%	7%
MÉDICO 3	93%	7%
MÉDICO 4	93%	7%
MÉDICO 5	80%	20%
MÉDICO 6	87%	13%
MÉDICO 7	87%	13%

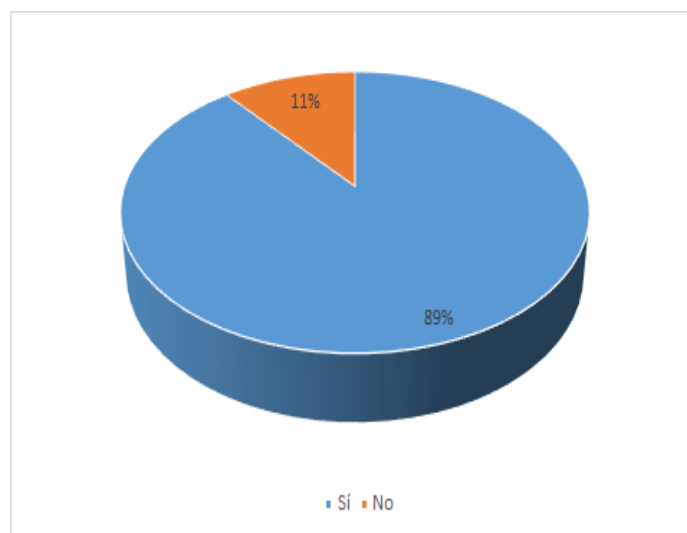
Como se puede apreciar en la tabla, se destaca el 20% de usuarios que respondieron que no creen que un médico comprensivo, que le escuche, ayude al proceso de curación. Sin embargo la gran mayoría de los usuarios de los 7 médicos respondieron afirmativamente en cuanto a encontrar un factor curativo en una relación basada en la naturalidad y cordialidad, esto no es aplicable al cien por ciento de personas, ya que depende de factores contextuales y diversas condiciones, pero innumerables investigaciones afirman que existen ventajas clínicas en una interacción emocional durante el proceso de tratamiento y curación de las dolencias físicas (Goleman, 1996). Dicho proceso funciona debido a la cooperación de las dos partes, el paciente quien es experto en sí mismo y el médico experto en las ciencias médicas además de que el “mismo encuentro entre el médico y su paciente tiene, en sí, un poder curativo potencial” (Novack, 1987, p. 349).

El respeto y nivel de confianza que el médico transmita es el que va a recibir por parte del usuario, quien debe sentirse completamente cómodo de expresar sus emociones, miedos y temores, dando como resultado un diagnóstico más preciso y la confianza del paciente en el tratamiento recomendado por su médico. Si bien es cierto, el profesional debe ser cauteloso y discreto al momento de realizar las preguntas para evitar que las mismas molesten o turben al paciente, pero además debe saber observar, escuchar atenta y cordialmente, sin dar la sensación de apuro a su interlocutor, más bien brindándole una sensación de seguridad, así como respuestas claras que no dejen dudas en su paciente o familiares (Duque 2006).

Los usuarios encuestados coinciden en que un elemento clave para una buena relación médico-paciente y un exitoso proceso de curación es la escucha activa que implica no solo escuchar las palabras dichas por el interlocutor, sino también percatarse de las emociones y señales tras las palabras, como el tono de la voz o el lenguaje corporal (Harvard Business Essentials, 2004). Esto se debe a que los seres humanos no solo escuchamos con los oídos, también lo hacemos con los otros sentidos como lo menciona Rogers (1980), al igual que con la parte afectiva e intelectual dando paso al incremento de la capacidad para empatizar.

Dicha capacidad tiene una relación directa con el proceso de curación, debido a que como se ha mencionado antes “la conectividad humana tiene un efecto reductor del miedo que contribuye a los resultados positivos en la salud” (House et al., 1988, p.567), por lo tanto el profesional se encarga no solamente del caso clínico en sí, sino también de cuidar y comprender al paciente en su situación de adversidad.

**Gráfico No. 33.** ¿Al entregarle el diagnóstico, el doctor le explicó detalladamente su situación y el tratamiento?

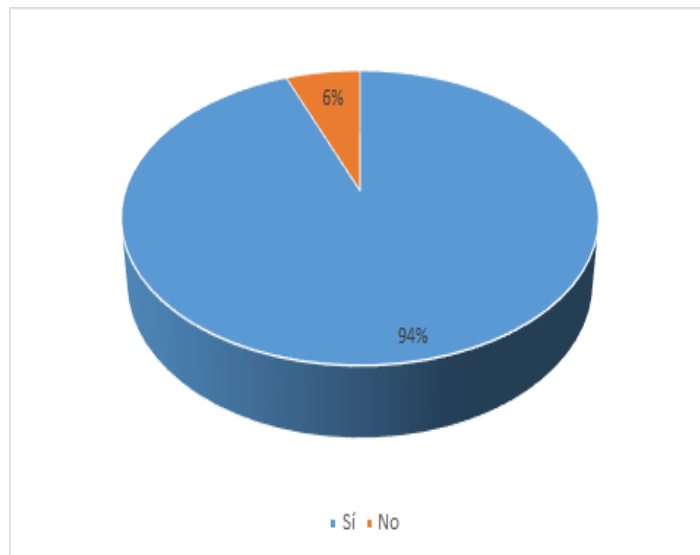


La mayoría de pacientes afirmaron que su médico sí le explicó su situación y el tratamiento detalladamente. Es importante que el galeno cumpla bien su función de informar de forma precisa y simple la situación del paciente, evitando las palabras técnicas que pueden confundir al usuario. Así también lo afirma Gonzales (2012), quien acota que este es un problema común entre los médicos ya que en su mayoría desconocen cómo comunicar y existe la falsa premisa de que todo personal de salud debería convertirse en un experto

“Comunicador”, llevando a cometer errores como el confundir la comunicación con la información, haciendo de la explicación un proceso complejo para los pacientes, dicha confusión entre comunicación e información puede llegar a complicar la relación médico-paciente.

Duque (2006) afirma que los médicos malinterpretan la necesidad del paciente de comunicarse y entender lo que pasa con ellos y la entienden como la necesidad del paciente de saber acerca de su enfermedad, llevando a un derroche de conocimiento de la terminología médica por parte del médico y a una falta de conocimiento por parte del paciente; lo que hace incluso cuestionar el interés del médico en lo que él/ella tiene que decir acerca de su propio mal. Es por ello que las habilidades sociales del médico deben ser desarrolladas a la par de su formación profesional, teniendo siempre presente que cada persona es un mundo y vienen de contextos diferentes, por lo que el médico debe tener la habilidad de reconocer el tipo de paciente que llega al consultorio, ser capaz de dirigirse de manera clara, simple y concisa tanto a una persona profesional como a un campesino, teniendo como fin sea cual sea el paciente, un usuario bien informado acerca del tratamiento que debe seguir.

**Gráfico No. 34.** ¿La explicación del médico fue entendible?



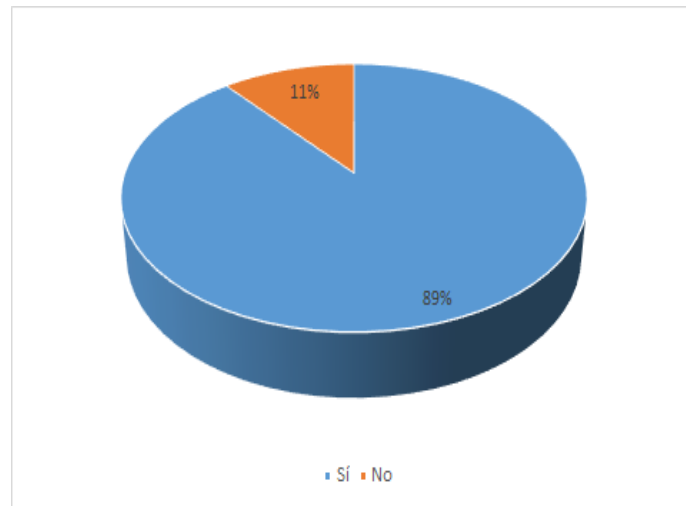
**Tabla No. 15.** ¿La explicación del médico fue entendible?

MÉDICO	SÍ	NO
	Porcentaje	Porcentaje
MÉDICO 1	93%	7%
MÉDICO 2	87%	13%
MÉDICO 3	100%	
MÉDICO 4	93%	7%
MÉDICO 5	100%	
MÉDICO 6	100%	
MÉDICO 7	87%	13%

La gran mayoría de encuestados coincidieron que la explicación que su médico les dio fue entendible. Jaen (1982), manifiesta que este proceso de comunicación debe llevarse cabo de forma simple y clara, con el fin de que el receptor asuma como cierta y confiable la información que el médico emite. Para que los mensajes transmitidos por el profesional de la salud sean claros, directos y de fácil comprensión, es importante dejar de lado las palabras técnicas que pueden confundir al usuario, optando por hacer uso de lenguaje conocido por el mismo.

Es primordial que se tome el tiempo de explicar a detalle y de forma simple la situación al paciente, sin que sea tratado como un “cliente” que busca un bien, la salud, y que recibe lo que pide sin la debida interacción; esto suele darse ya que frecuentemente los profesionales de la salud son concebidos como los únicos que poseen el conocimiento sobre los males que aquejan al paciente, que en síntesis parecieran afirmar “el doctor sabe, el paciente obedece”. Pero el paciente no solo debe ser visto como un individuo sino con el derecho de tener participación activa en las resoluciones que involucren su salud, vida y futuro (Gumucio, 2010).

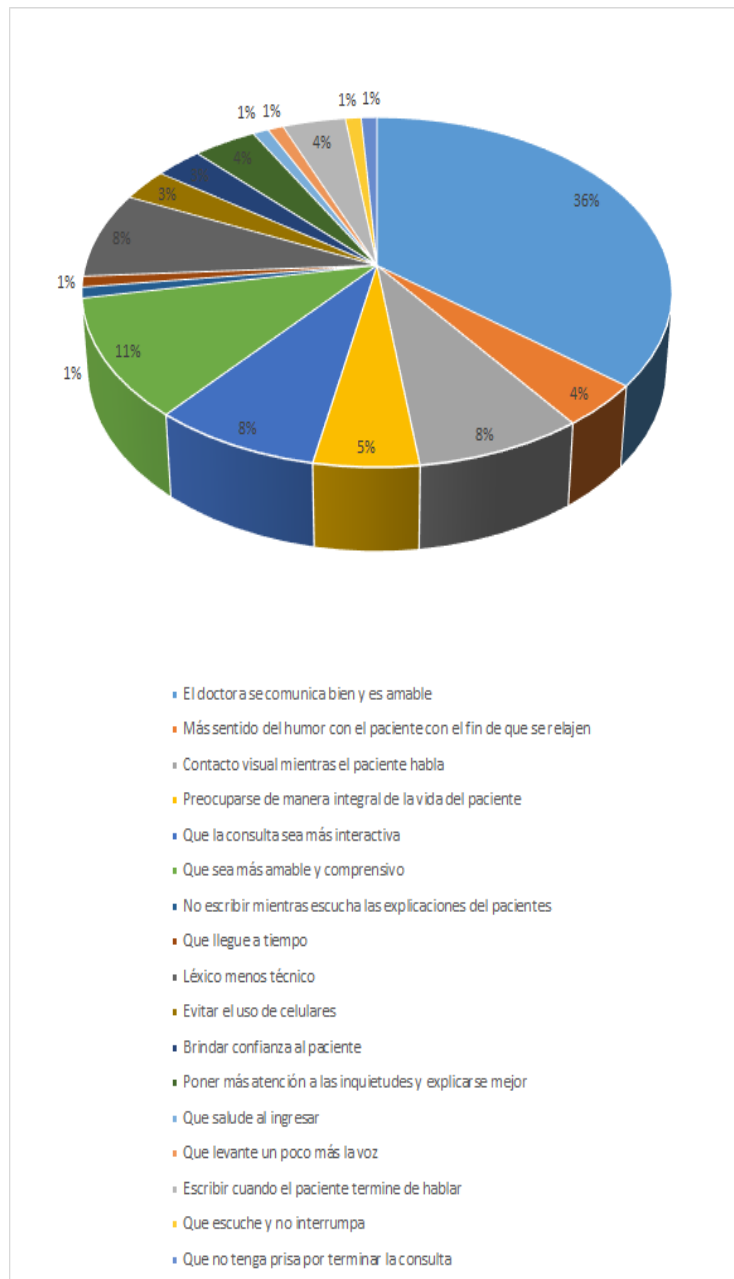
**Gráfico No. 35,** ¿Sigue al pie de la letra las indicaciones que le da el médico?



La mayoría de pacientes respondieron que sí siguen al pie de la letra las indicaciones del médico, esto depende en gran medida de la variable anterior, es decir, qué tan bien el galeno se hace entender, además claro, de la predisposición y hábitos del paciente mismo. Es por esto que es importante tener en cuenta que un deficiente entrenamiento en las habilidades sociales en el médico puede tener consecuencias significativas, tales como;

...el paciente puede no entender por completo las explicaciones recibidas o a su vez se olvida las indicaciones médicas, incumple las prescripciones, disminuye la adherencia al tratamiento o lo abandona, aumenta su insatisfacción y puede incluso optar por cambiar de profesional (Merayo, 2014, p. 67).

**Gráfico No. 36.** ¿En cuanto a habilidades comunicativas, qué le sugeriría al médico para mejorar la atención al paciente?



En cuanto a sugerencias realizadas por los pacientes acerca de los médicos del Servicio Médico Universitario, aproximadamente más de un tercio de pacientes coincidieron en quien los atendió se comunicó bien y fue amable. Lo cual es un buen porcentaje tomando en cuenta que la medicina y algunas otras profesiones de atención a la salud, “aunque de manera intrínseca autogratiﬁcantes, son estresantes y con frecuencia demandantes. Tales restricciones pueden contribuir al disgusto de los doctores mismos” (Hojat, 2007, p.31).

Es por esto que una buena relación entre el médico y paciente puede servir como un aliciente contra el estrés profesional que alcanza niveles altos entre los profesionales de la salud. “Los médicos no son invencibles, y la investigación indica que son vulnerables a numerosos problemas psicosociales” (Miller y McGowen, 2000, p.78).

## CONCLUSIONES

- El estudio arroja resultados positivos sobre el desarrollo del proceso de comunicación interpersonal en la consulta médica, cuya duración fue de aproximadamente 10 min, para los pacientes hay una buena relación médico – paciente desde el primer encuentro. La forma como el médico le recibe, da la pauta para el desarrollo comunicacional durante la consulta, el paciente se siente cómodo si el médico lo mira a los ojos mientras habla, ya que le permite saber que le presta atención y se preocupa por lo que tiene que decir. La comunicación no verbal juega un papel muy importante durante el encuentro clínico, tanto para el paciente que puede percibir el estado de ánimo o la apertura que el médico le da. Igualmente, el paciente se siente en confianza al ver las actitudes positivas del médico.
- La mayoría de los médicos mostraron poseer habilidades sociales que les ayudan al momento de ganar la confianza de sus pacientes. Afirmaron que el médico los atendió amablemente y con un buen manejo de la comunicación interpersonal, ya que los miraron a los ojos, demostraron preocupación y explicaron claramente el diagnóstico y el tratamiento. El uso eficiente de las habilidades sociales y comunicacionales resulta positivo para la relación médico - paciente, ya que, si el médico sabe manejar bien las habilidades de comunicación, logra un encuentro más eficaz y colaborativo, lo que da como resultado que el paciente se sienta más cómodo y brinde mayor información acerca de su padecimiento, facilitando el trabajo al médico. Los usuarios demostraron que con una comunicación eficaz las molestias disminuyen y aumenta la satisfacción, generando una mayor adherencia al tratamiento y alivio de los síntomas.
- Los estudios muestran que la empatía es un elemento indispensable en los encuentros clínicos, generar confianza en el paciente es un rol importante del médico durante la consulta, debido a que el paciente puede expresarse libremente sin temor, consiguiendo así un diagnóstico más preciso. La gran mayoría de usuarios sintieron que hubo mucha empatía excepto con un médico que no maneja bien el proceso de la comunicación interpersonal a decir de los pacientes. Los médicos nunca deben olvidar que tratan con personas que tienen problemas, miedos y temores, por lo que es necesario que sean considerados y no tratados como simples casos clínicos, evitando

así reclamos y conflictos con los pacientes, por ello la comunicación asertiva es un aspecto clave para tener una interacción satisfactoria y así entablar una relación sana y positiva entre médico y paciente. Los usuarios quieren sentirse únicos para su doctor, es decir, esperan que les entienda y se preocupe por su salud. Por ello prefieren que haya intercambio y retroalimentación, con el fin de sentirse escuchados y no simplemente que forman parte de una entrevista técnica. Los resultados clínicos son mejores si el médico se muestra cercano, debido a que el paciente siente que puede poner su salud en manos de un médico que tiene la capacidad de entender lo que está viviendo.

- La mayoría de usuarios sintieron confianza con sus médicos quienes se mostraron preocupados por ellos, según manifestaron. Aunque el tiempo de consulta debería ser mayor, al menos en el primer encuentro clínico en donde se crea un lazo de confianza entre el médico y su paciente, ya que muchas veces 10 o 15 minutos no bastan para que el paciente pueda expresarse como quisiera, debido a que de esos minutos, la mitad del tiempo el médico debe llenar formularios, quitando aún más tiempo para que el paciente se exprese y despeje sus inquietudes, considerando que el paciente debe ser parte activa en su proceso de curación.
- A pesar de que los pacientes deben ser tratados como individuos únicos, no deben olvidar que la medicina es una profesión altamente demandante que puede generar estrés, por lo que es necesario ver al médico como una persona que tiene una vida más allá del consultorio, que puede sentirse agobiado o estresado por la cantidad de pacientes que debe atender en poco tiempo, por lo tanto debe existir un entendimiento empático de lado y lado, con el fin de conseguir una relación satisfactoria entre médico-paciente.

## RECOMENDACIONES

- Los médicos de la PUCE deben estar conscientes de que es necesario desarrollar sus habilidades sociales además de los conocimientos técnicos que necesitan, con el fin de dar una atención integral a sus pacientes. La capacitación del médico en el manejo de la comunicación interpersonal es un punto importante, que puede ser un problema debido a que en la mayoría de universidades del Ecuador no se incluyen materias referentes al trato médico-paciente, por lo que se recomienda que los galenos reciban formación en cuanto a la comunicación interpersonal asertiva que es un elemento indispensable para garantizar una favorable relación entre médico, paciente e institución.
- Se recomienda que en las universidades, las facultades de medicina integren al pensum académico una asignatura que incluya la comunicación interpersonal en la cual se aborde el manejo de la comunicación empática, verbal y no verbal para que puedan atender de la mejor manera a los pacientes.

## REFERENCIAS

- Acosta, J. (2012). *La lengua y los lenguajes*. Madrid: Kadmos.
- Adler, H. (2002). *The sociophysiology of caring in the doctor- patient relationship*. Journal of General Internal Medicine, 17, 874-882.
- AFACOM. (2011). *Comunicación para el Cambio Social: Clave del Desarrollo Participativo*. Revista Javeriana, 26-39.
- Aguero, P. (2011). *La comunicación interpersonal*. Recuperado de biblioteca.utec.edu: [http://biblioteca.utec.edu/siab/virtual/elibros\\_internet/55772.pdf](http://biblioteca.utec.edu/siab/virtual/elibros_internet/55772.pdf)
- Álvarez, M. (2008). *Semiología médica*. Buenos Aires: Médica panamericana.
- Anónimo. (s.f.). *Historia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo*. Disponible en MEMORIAL Departamento de Docencia.
- Aring, C. (1958). *Simpatía y Empatía*. Journal of the American Medical Association, 448-452
- Arranz, V., & Aguado, D. (2009). *Programa de entrenamiento de Habilidades*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Ball-Rokeach, L. (1985). *Teorías de la comunicación de masas*. México: Paidós.
- Basch, M. (1983). *Entendimiento empático*. Portugal: Journal of the American Psychoanalytic Association.
- Bates, B. (1998). *Guía para el examen físico y la creación de la historia clínica*. Filadelfia:
- Bavelas, J., Black, A., Lemery, C., & Mullett, J. (1986). *"I show how you feel"*. Journal of Personality and Social Psychology, 322-329
- Beltrán, L. (2009). *La comunicación para el desarrollo en Latinoamérica. Un recuento de medio siglo*. Obtenido de III Congreso Panamericano de la Comunicación: [www.portalcomunicacion.com](http://www.portalcomunicacion.com)
- Benitez, G. (2009). *Comunicación no verbal; Estrategias de enseñanza y aprendizaje del español en China*.
- Blumgart, H. (1964). *Caring for the patient*. New England Journal of Medicine: 270, 449-456.
- Cadena, P., & Negrete, J. (2010). *Simulación y diseño de los procesos del Centro Médico de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*. (Disertación de grado). Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Carr, L., Jacoboni, M., Dubeau, M., Mazziotta, J., & Lenzi, G. (2003). *Neutral mechanism of empathynin humans: relay from neutral systems for imitation to limbic areas*. Proceedings of the National Academy of Science of the U.S.A: 100, 5497-5502.

- Chávez, K. (2015). *Análisis de la efectividad del control metabólico de los pacientes usuarios del club de diabéticos del Hospiral Enrique Garcés, comparado con pacientes diabéticos atendidos en la consulta externa de medicina interna del Hospiral de Especialidades Eugenio Espejo*. (Disertación de grado). Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Disponible en <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8581/AN%C3%81LISIS%20DE%20LA%20EFECTIVIDAD%20DEL%20CONTROL%20METAB%C3%93LICO%20DE%20LOS%20PACIENTES%20USUARIOS%20DEL%20CLUB%20DE%20DIAB%C3%89TICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Clark, K. (1980). *Empatía-Un tema olvidado en la investigación psicológica*. *American Psychologist*, 61, 187-190.
- Comas-Diaz, L., & Jacobsen, F. (1991). *Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 392-402.
- Coyago, J. (2014). *Percepción de la Calidad de la Atención Odontológica según el Grado de Satisfacción del Usuario que acude a la Clínica Integral de la Facultad de Odontología De la Universidad Central del Ecuador*. (disertación de grado). Quito: Universidad Central del Ecuador. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2812/3/T-UC-0015-70.pdf>
- Dagron, A. (2010). *Cuando el doctor no sabe: comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación*”, en *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. *Revista de Investigación y Análisis*, 69-93.
- Decety, J., & Jackson, P. (2004). *The functional architecture of human empathy*. *Behavior and Cognitive Neuroscience Review*, 3, 71-100.
- DiMascio, A., Boyd, R., & Greenblatt, M. (1957). *Physiological Correlates of Tension and Antagonism during Psychology*. 2, 573-575.
- DiMatteo, M. (1979). *Asocial-psychological analysis of physician-patient rapport toward a science of the art of medicine*. *Journal of Social Issues*, 35, 12-33.
- DiMatteo, M., Taranta, A., Friedman, H., & Prince, L. (1980). *Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills*. *Medical care*, 17, 376-387.
- Dunstone, D., & Reames, H. (s.f.). *Physician satisfaction revisited*. *Social Science & Medicine*, 52, 825-837.
- Engel, G. (1990). *The essence of the biopsychosocial model: From the 17th to the 20th century Science*. Amsterdam: Sweet & Zeitlinger.
- Erickson, M. (1967). *Hope and resiliency: understanding*. Reino Unido.

- Escamilla, V. (2014). *Patch Adams: la sonrisa no basta para salvar al mundo*. Disponible en <http://www.forbes.com.mx/patch-adams-la-sonrisa-no-basta-para-salvar-al-mundo/#gs.I6ct65A>
- Essentials, H. (2004). *Comunicación empresarial*.
- Gajardo, A., & Lavados, C. (2010). *El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal*. *Persona y Bioética*, 52,54
- Garzón, F. (2011). *La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales*. Comunicación presentada en la 17ª Semana de Ética y Filosofía. Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política (AEEFP).
- Garzón, F. (2011). *La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales*. Valencia: Universidad de Valencia. Disponible en <http://www.uv.es/gibuv/Roger/MedicoenfRoger.pdf>
- Goldstein, A., & Michaels, G. (1985). *Empathy: Development, training and consequences*. Hillsdale: Erlbaum.
- González, R. (2012). *Participación Social en Salud*. *Cuestiones Políticas*, 26, 141-156.
- Greenberg, S. (s.f.). *Sympathy, empathy and physician resource utilization*. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 420-423.
- Gubern, R. (2000). *El Eros electrónico*. México: Grupo Samillana de Ediciones.
- Gumucio, A. (2010). *Cuando el doctor no sabe*. *Época II*, 31, 67-93.
- Harrigan, J., & Rosenthal, R. (1983). *Physicians' head and body positions as determinants of perceived rapport*. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 496-509.
- Heise, M. (1994). *Interculturalidad, un desafío*. Lima: CAAP.
- Hofstadt, C. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Hojat, M. (2007). *Empatía en el cuidado del paciente*. New York: Springer New York.
- House, J. U. D. (1988). *Relaciones sociales y Salud*. *Science*, 241, 540-544.
- Houston, W. (1939). *The doctor himself as a therapeutic agent*. *Annals of Internal Medicine*, 11, 1416-1425.
- Jackson, J., & Gervis, J. (1992). *Child rearing: Influence on prosocial development*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Jaén, B. (1982). *Fundamentos de Teoría General de la Información*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). *Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Knapp, M. (1992). *La comunicación no verbal*. España: Paidós.
- Koenig, H. (2002). *Spirituality in patient care*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Lara, J. (2010). *Análisis, desarrollo e implementación de un sistema informático para el manejo de informes videoendoscópicos para el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo*. Quito: Universidad Politécnica Salesiana. Disponible en <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/4407/1/UPS-ST000205.pdf>
- Lavados, A. (2010). *El proceso comunicativo en la relación de médico y paciente terminal*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v14n1/v14n1a05.pdf>
- Levenson, R., & Ruef, A. (1992). Empathy, a psychological substrate. *Journal of personality and social psychology*, 63, 234-246.
- Lewis, J. (1998). For better or worse: *Interpersonal relationships and individual outcome*. *American Journal of Psychiatry*, 155, 582-589.
- Luis, D. (2006). *Semiología Médica Integral*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Macián, C. (2009). *Entrevista clínica y funciones del humor*. Recuperado de [http://cei.udc.es/uploads/archivos/files/\[12\]%20Entrevista%20cl%C3%ADnica-Humor.pdf](http://cei.udc.es/uploads/archivos/files/[12]%20Entrevista%20cl%C3%ADnica-Humor.pdf)
- Malno, R., Boag, T., & Smith, A. (1957). *Physiological study of personal interaction*. *Psychosomatic Medicine*, 19, 105-119.
- Markus, H., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Mattechman, D., Branch, W., & Suchman, A. (1993). *Making "conexions"; Enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships*. *Annals of Internal Medicine*, 118, 973-977.
- Matthews, D., Suchman, A., & Branch, W. (1993). *Making "connexions": Enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships*. *Annals of Internal Medicine*, 118, 973-977.
- Mead, G. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mehrabian, A. (1967). *Decoding of Inconsistent Communications*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109-114.
- Mehrabian, A. (1969). *Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships*. *Psychological Bulletin*, 71, 359-372.

- Merayo, A., Bravo, E., & Gordón, F. (2014). *La comunicación con el paciente*. Barcelona: Elsevier España.
- Merino, P. (2009). *Exposición a factores de riesgo psicosocial, salud, estrés y satisfacción en médicos residentes y posgradistas que laboran en el Hospital Eugenio Espejo de la Ciudad de Quito*. Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/1128>
- Miller, M., & McGowen, K. (2000). *The Painful truth: Physicians are not invincible*. *Soutjern Medical Journal*, 91, 966-972.
- Ministerio de Salud Pública. ( 2015). *Eugenio Espejo es el único hospital público de especialidades en Hispanoamérica con acreditación internacional*. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/el-eugenio-espejo-es-el-unico-hospital-publico-de-especialidades-en-hispanoamerica-con-acreditacion-internacional-2/>
- Moreno, V., & Martín, R. (2013). *Interrelación, comunicación con la persona dependiente y su entorno*. IC Editorial.
- Morgan, J. (2002). *Social support: A reflection of humanity*. New York: Baywood Publishing Company.
- Muñoz, Y. (2013). *Manual de Atención a Usuario y su Familia*. Recuperado de [http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/10039/1/Munoz\\_Maltez\\_Yaoska\\_Isabel.pdf](http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/10039/1/Munoz_Maltez_Yaoska_Isabel.pdf)
- Muñoz, Y. (2013). *Mejoramiento de la Calidad de Atención enfermería en el servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría del Hospital San Francisco de Quito del IESS*. Recuperado de [http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/10039/1/Munoz\\_Maltez\\_Yaoska\\_Isabel.pdf](http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/10039/1/Munoz_Maltez_Yaoska_Isabel.pdf)
- Nataraj, S. (1994). *The magnitude of neglect. Women and sexually transmitted diseases in India* . Londres: Panos.
- Nicholas, D. (2002). *Social support of the bereaved: Some practical suggestions*. New York: Baywood Publishing.
- Niño, V. (1985). *Los Procesos de la Comunicación y del Lenguaje*. Bogotá: ECOE.
- Novack, D. (1987). *Aspectos terapeuticos del encuentro clínico*. *Jurnal of General Internal Medicine*, 2, 346-355.
- Peabody, F. (1984). *The care of the patient*. *Journal of the American Medical Association*, 252, 813-818.
- Phillips, E. (1978). Social Skills: History and prospect. *Handbook of Social Skills Training and Research*,

- Platt, F., & Keller, V. (1994). *Empathic communication: A teachable and learnable skill*. Journal of General Internal Medicine, 222-226.
- PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR. (s.f.). *Información general*. Recuperado de <http://www.puce.edu.ec/portal/content/Universidad/104?link=oln30.redirect>
- Ramírez, R. (2008). *¿Dónde estás...? El teléfono móvil y la vida cotidiana*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4156/rrp1de1.pdf;jsessionid=28456A6C7623A720D1CAECA9BEDBFDF6?sequence=1>
- Rogers, C. (1959). *A theory of therapy: Personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. (1980). *El poder la persona*. México: Manual Moderno.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations*. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.624.8412&rep=rep1&type=pdf>
- Romano, G. P. (2009). *Comunicación asertiva en enfermería*. Recuperado de [http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=88:comunicacion&catid=35:conferencias&Itemid=37](http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=88:comunicacion&catid=35:conferencias&Itemid=37)
- Rosenfeld, R. (1979). *Sensibilidad a la comunicación no verbal*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rosenow, E. (1999). *The challenge of becoming a distinguished clinician*. Mayo Clinic Proceedings, 74, 635-637.
- Rosenthal, R., Hall, J., DiMatteo, M., Rogers, P., & Archer, D. (1979). *Sensitivity to nonverbal communication: The PONS test*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Salazar, F. (25 de 10 de 2016). Comunicación personal al Servicio Médico Universitario. (N. Vargas, Entrevistador)
- Salud, O. M. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf).
- Schafer, R. (1959). *Empatía generativa en el tratamiento*. PsychoanalyticQuarterly, 28, 342-373.
- Shamasundar, M. (1999). *Reflections: Understanding empathy and related phenomena*. American Journal of Psychotherapy, 53, 232-245.
- Spiro, H. (1992). *What is empathy and can it be a taught?* Annals of Internal Medicine, 116, 843-846.

- Spiro, H. (1998). *The power of hope: A doctor's perspective*. New Haven: Yale University Press.
- Squier, R. (1990). *A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships*. *Social Science and medicine*, 30, 325-339.
- Starcevic, V., & Pointek, C. (1997). *Empathic understanding revisited: Conceptualization, controversies, and limitations*. *American Journal of Psychotherapy*, 51, 317-328.
- Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P., & D'Lugoff, B. (1981). *The influence of patient/practitioner agreement on outcome of care*. *American Journal of Public Health*, 71, 127-131.
- Sternberg, R. (2004). *Handbook of Culture Intelligence*. Manchester: PITTS.
- Subiel, J., Abellón, J., Celdrán, A., Manzanares, J., & Satorres, B. (2014). *La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera*. *Enfermería Global*, 34, 279-281.
- Sullivan, P. (1990). *Pay more attention to your own health, physicians warned*. *Canadian Medical Association Journal*, 142, 1309-1310.
- Taylor, K. (2003). *Affiliation, social support and biobehavioral response to stress*. Malden: Blackwell.
- Tena, C., & Sánchez, J. (2005). *Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva*. *Medigraphic Artemisa*, 73, 554-556.
- Torres, J. (2013). *Modelo de Lasswell*. Recuperado de <http://comunicacionteori.blogspot.com/>
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. (1978). *The infant's response to entrapment between contradictory messages in face to face interaction*. *Journal of the American Academy of child Psychiatry*, 17, 1-13.
- Turvey, B. (2008). *Criminal Profiling*. San Diego: Elsevier.
- Vacas, F. (2007). *Teléfonos móviles: La nueva ventana para la comunicación integral*. Madrid: Creaciones Copyright.
- Vander, J. (1986). *Paralenguaje*. *Manual de Psicología Social*, 623.
- Vargas, I. (10 de enero de 2017). *Comunicación personal; encuentros clínicos*. (N. Vargas, Entrevistador)
- Weisma, J., Betancourt, J., Campbell, E., Park, E., Kim, M., Clarridge, B., & al, e. (2005). *Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care*. *Journal of the American Medical Association*, 294, 1058-1067.
- White, K. (1991). *Healing the schism: Epidemiology, medicine, and the public's health*. New York: Springer -Verlag.

- Wilkinson, J., & Canter, S. (1982). *Social skills training manual*. (Chichester, Ed.) Assessment programme design and management of training.
- Wispe, L. (1986). *The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 314-321.
- Wolfgang, A. (1979). *Comportamiento no verbal*. Nueva York: Academic Press.
- Yáñez, P. (2014). *Aspectos legales de la transfusión de hemoderivados en el paciente crítico, pediátrico, hijo de padres, testigos de Jehová*. *Cam-bios*, 7-11.
- Zuger, A. (2004). *Dissatisfaction with medical practice*. *New Engalnd Journal of Medicine*, 350, 69-75.

## **ANEXOS**

## ENCUESTA

### **Evaluación de la Relación Médico-Paciente en el Servicio Médico Universitario de la PUCE Encuesta**

**Introducción:** La Escuela de Comunicación de la PUCE está realizando esta encuesta en el Servicio Médico Universitario (SMU) con el fin de conocer el uso de la comunicación interpersonal entre médico – paciente para el trabajo de grado de la estudiante Noemí Vargas de 8vo. Nivel. Se garantiza la confidencialidad de la información y su fin es exclusivamente académico. Conteste con sinceridad y firmeza. Gracias por su colaboración.

#### **1. DATOS GENERALES**

##### **1. Edad**

1. 20-25 \_\_\_\_\_ 2. 26-30 \_\_\_\_\_ 3. 31-35 \_\_\_\_\_ 4. 36-40 \_\_\_\_\_ 5. 41-50 \_\_\_\_\_

##### **2. Género**

1. Femenino \_\_\_\_\_ 2. Masculino \_\_\_\_\_ 3. Otro \_\_\_\_\_

##### **3. Función en la PUCE**

1. Docente \_\_\_\_\_ 2. Estudiante \_\_\_\_\_ 3. Administrativo \_\_\_\_\_ 4. Otro \_\_\_\_\_

Facultad o Unidad a la que pertenece: \_\_\_\_\_

Dolencia que padece: \_\_\_\_\_

##### **4. Médico que lo atendió:**

1. Fabián Salazar \_\_\_\_\_ 2. Arturo Hidalgo \_\_\_\_\_ 3. Elizabeth Cadena \_\_\_\_\_ 4. Alejandro Gonzáles \_\_\_\_\_ 5. María Eugenia Castellano \_\_\_\_\_ 6. Carmen Checa \_\_\_\_\_ 7. Paola Haro \_\_\_\_\_

#### **2. ACERCAMIENTO A LA COMUNICACIÓN**

##### **5. ¿El doctor le recibe amablemente?**

1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

##### **6. Al ingresar a la consulta el doctor le saluda:**

1. Con la mano \_\_\_\_\_ 2. Oralmente \_\_\_\_\_ 3. No saluda \_\_\_\_\_ 4. No recuerdo \_\_\_\_\_

Otros(Especifique) \_\_\_\_\_

##### **7. ¿El doctor le pregunta cuál es la dolencia?**

1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

**8. ¿Cuánto tiempo aproximadamente le atendió el doctor?**

1. 10 minutos \_\_\_\_\_ 2. 15 minutos \_\_\_\_\_ 3. 20 minutos \_\_\_\_\_ 4. más de 20 min \_\_\_\_\_

5. No sabe/No recuerda \_\_\_\_\_

**3. DURANTE LA CONSULTA**

**9.El médico:**

1. Le prestó atención \_\_\_\_\_ 2. Escribió mientras usted hablaba \_\_\_\_\_ 3. Lo miró a los ojos \_\_\_\_\_

4. Otros(Especifique) \_\_\_\_\_

**10. ¿Sintió confianza de preguntar al médico sus inquietudes durante la consulta?**

1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

**11.El médico lo miró a los ojos:**

1. Todo el tiempo \_\_\_\_\_ 2. A ratos \_\_\_\_\_ 3. Solo un momento \_\_\_\_\_ 4. Nunca \_\_\_\_\_

5. No recuerdo \_\_\_\_\_

**12. ¿El médico parecía cansado o estresado durante la consulta?**

1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 3. No recuerdo \_\_\_\_\_

**13. ¿El médico parecía preocupado por usted?**

1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 3. No recuerdo \_\_\_\_\_

**14. ¿Durante la consulta con el médico, se sintió cómodo?**

1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 3. No recuerdo \_\_\_\_\_

**15. ¿Hubo sentimientos de superioridad por parte de su médico?**

1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 3. No recuerdo \_\_\_\_\_

**16. ¿Usted esconde síntomas al médico?**

1. Por vergüenza \_\_\_\_\_
2. Por falta de confianza \_\_\_\_\_
3. Porque creo que no es tan importante \_\_\_\_\_
4. No escondo nada \_\_\_\_\_
5. No sabe/No responde \_\_\_\_\_
6. Otro \_\_\_\_\_

**17. Durante el examen físico:**

1. Doy total apertura al médico \_\_\_\_\_
2. Siento vergüenza \_\_\_\_\_
3. No dejo que revise mis partes íntimas \_\_\_\_\_
4. No permito que me toquen \_\_\_\_\_
5. Me siento intimidado/a \_\_\_\_\_
6. No sabe/No responde \_\_\_\_\_

**18. ¿Consulta a otras personas o en internet antes de acudir a un médico?(si su respuesta es no, pase a la pregunta 20)**

1. Sí \_\_\_\_\_
- 2.No \_\_\_\_\_

**19.¿A quién consulta?**

1. Familiares \_\_\_\_\_
- 2.Amigos \_\_\_\_\_
- 3.Internet \_\_\_\_\_
- 4.Otros(especifique) \_\_\_\_\_

**20.¿Utilizó su celular durante la consulta?**

- 1.Sí \_\_\_\_\_
2. No \_\_\_\_\_

**21. ¿El médico usó su celular durante la consulta?**

- 1.SÍ \_\_\_\_\_
- 2.No \_\_\_\_\_

**22.¿ El médico pudo ver las cosas desde mi perspectiva? (Ver las cosas como usted las ve)**

- 1.SÍ \_\_\_\_\_
- 2.No \_\_\_\_\_

**23.¿Se siente mejor cuando el médico comprende sus sentimientos?**

- 1.SÍ \_\_\_\_\_
- 2.No \_\_\_\_\_

**24. ¿Fue difícil para el médico ver las cosas bajo su perspectiva?**

- 1.SÍ \_\_\_\_\_
- 2.No \_\_\_\_\_

**25.¿Considero que la actitud del médico es importante durante la consulta?**

- 1.Poco \_\_\_\_\_
- 2.Mucho \_\_\_\_\_
3. No es importante \_\_\_\_\_

**26.¿El médico tuvo sentido del humor durante la consulta?**

- 1.SÍ \_\_\_\_\_
- 2.No \_\_\_\_\_
- 3.No recuerdo \_\_\_\_\_

**27.¿El médico trató de poner atención a sus emociones durante la consulta?**

1.SÍ \_\_\_\_\_ 2.No \_\_\_\_\_ 3.No recuerdo \_\_\_\_\_

**28.¿El médico puso atención a sus inquietudes?**

1.SÍ \_\_\_\_\_ 2.No \_\_\_\_\_

**29.¿Considera importante que el médico le pregunte lo que sucede en su vida para entender sus molestias físicas?**

1.SÍ \_\_\_\_\_ 2.No \_\_\_\_\_

**30.¿Cree usted que un médico comprensivo, que le escuche, ayuda al proceso de curación?**

1.SÍ \_\_\_\_\_ 2.No \_\_\_\_\_

**31.¿Al entregarle el diagnóstico, el doctor le explicó detalladamente su situación y el tratamiento?**

1.SÍ \_\_\_\_\_ 2.No \_\_\_\_\_

**32.¿La explicación del médico fue entendible?**

1.SÍ \_\_\_\_\_ 2.No \_\_\_\_\_

**33.¿Sigue al pie de la letra las indicaciones que le da el médico?**

1.SÍ \_\_\_\_\_ 2.No \_\_\_\_\_ 3.No recuerdo \_\_\_\_\_

**34. ¿En cuanto a habilidades comunicativas, qué le sugeriría al médico para mejorar la atención al paciente?**

---

---

---

---

**¡Muchas gracias!**