

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

"Percepción de la calidad sobre la relación médico paciente en las personas entre los 18-64 años que acudieron a la Consulta Externa de las diferentes especialidades clínicas en el Hospital Vozandes Quito en el período comprendido Abril-Junio 2018".

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Autoras: Dra. María José Vicuña Luna

Dra. Emilia Soledad Velasco Guzmán

Directora: Dra Susana Alvear Durán

Asesor Metodológico: Mgst. Patricia Susana Ortiz Solórzano.

QUITO- ECUADOR

2019

DEDICATORIA

MARÍA JOSÉ VICUÑA LUNA

A Dios, porque es la luz que ilumina mi vida.

A mis padres, porque son el tesoro que me dio la vida, y gracias a ellos y a su constante apoyo y esfuerzo estoy consiguiendo este logro tan importante en mi vida.

EMILIA SOLEDAD VELASCO GUZMÁN

Dedico esta tesis a toda mi familia, quienes fueron el impulso que me condujo a alcanzar este logro. Gracias por la paciencia, comprensión y por el apoyo incondicional. Todo mi sacrificio fue por ustedes.

AGRADECIMIENTO

MARIA JOSÉ VICUÑA LUNA

A Dios, por iluminarme en cada paso que doy en mi vida.

A mis padres, porque siempre me acompañan y guían cada una de mis decisiones.

A mis tutores Dra Susana Alvear, Magister Patricia Ortiz y Dr Galo Sánchez, por su tiempo y ayuda en la realización de la presente investigación.

A todos los profesores de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por su constante y valiosa ayuda en mi formación.

A todo el personal médico y administrativo del Hospital Vozandes Quito por su apoyo en la elaboración de este trabajo y en mi preparación personal.

EMILIA SOLEDAD VELASCO GUZMÁN

Agradezco primeramente a Dios por culminar una de mis metas.

Este logro tampoco hubiese sido posible sin la oportunidad que me ha dado la Pontificia

Universidad Católica del Ecuador, por ser alumna y poder cumplir con este sueño.

No me olvido de todos los profesores que han sido partícipes de mi formación y de mis colegas de promoción con quienes hemos sembrado una amistad especial.

INDICE:

DEDICATORIA……2

AGRADECIMIENTO……...3

RESUMEN……8

ABSTRACT……...9

INTRODUCCIÓN……10

CAPÌTULO I……12

1.-MARCO TEÓRICO……12

1.1.- IMPORTANCIA DE LA RELACIÒN MÈDICO PACIENTE……12

1.2.- TIPOS DE RELACIÒN MÈDICO PACIENTE……...13

1.2.1.-EL MODELO PATERNALISTA……...13

1.2.2.-EL MODELO DOMINANTE……13

1.2.3.-EL MODELO DE RESPONSABILIDAD COMPARTIDA……...13

1.2.4.-EL MODELO MECANICISTA……..13

1.3.- DIMENSIONES DE LA RELACIÒN MÈDICO PACIENTE……14

1.3.1.- EMPATÌA……...14

1.3.2.- CONFIANZA……..15

1.3.3.- PARTICIPACIÒN……...15

1.3.4.- HUMANIZACIÒN……15

1.3.5.- RESPETO……..15

1.4.- IMPORTANCIA DE LOS PRINCIPIOS BIOÈTICOS EN LA RELACIÒN MÈDICO PACIENTE……16

1.4.1.- AUTONOMÌA……16

1.4.2.-NO MALEFICENCIA……..16

1.4.3.- JUSTICIA……16

1.4.4.- BENEFICENCIA…….16

1.5.- INFLUENCIA DEL DR GOOGLE

EN LA RELACIÒN MÈDICO PACIENTE……..17

1.6.- MÈTODO CLÌNICO CENTRADO EN EL PACIENTE……...17

1.6.1.- SALUD……17

1.6.2.- CURACIÒN…….17

1.6.3.- ALIVIO……17

1.6.4.- CONDICIONES DE APOYO……..17

1.6.5.- SITUACIONES PREVIAS EN EL SISTEMA DE SALUD……..17

1.7.- COMUNICACIÒN MÈDICO PACIENTE……..18

1.7.1.- DIMENSIÒN BIOMÈDICA……19

1.7.2.- DIMENSIÒN EMOCIONAL……...19

1.7.2.1.-PERCEPCIÒN EMOCIONAL……...19

1.7.2.2.- FACILITACIÒN O ASIMILACIÒN EMOCIONAL……...19

1.7.2.3.- COMPRENSIÒN EMOCIONAL……..19

1.7.2.4.- REGULACIÒN EMOCIONAL…….19

1.7.3.- DIMENSIÒN DE LA IDENTIDAD CULTURAL…….19

1.8.- LA ALIANZA TERAPEÙTICA……...20

JUSTIFICACIÓN…….....21

CAPÌTULO II……22

METODOLOGÌA……..22

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……..22

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN……23

2.1.-OBJETIVOS…….23

2.1.1.- OBJETIVO GENERAL……23

2.1.2.- OBJETIVOS ESPECÌFICOS……23

2.2.- HIPÒTESIS……..24

2.3.-TIPO DE INVESTIGACIÓN……24

2.4.- OPERACIONALIZACIÒN DE VARIABLES……24

2.5.-MUESTRA…….27

2.6.-CRITERIOS DE SELECCIÒN DE LA MUESTRA…….28

2.6.1.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN……28

2.6.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN……...28

2.7.-PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN……...28

2.8.-PRUEBA PILOTO……..30

2.9.-PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS……30

2.10.-PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN……31

2.11.-ASPECTOS BIOÉTICOS…….31

CAPÌTULO III……32

3.-RESULTADOS……...32

3.1.-ANALISIS DESCRIPTIVO…….32

3.1.1.-CARACTERÌSTICAS SOCIODEMOGRÀFICAS DE LOS PACIENTES….32

3.1.2.-CARACTERÌSTICAS DEL SERVICIO DE ATENCIÒN MÈDICA……...33

3.1.3.-PERCEPCIÒN DE LA RELACIÒN MÈDICO PACIENTE…….....34

3.1.4.-TIPO DE RELACIÒN MÈDICO PACIENTE……...37

3.1.5.-RELACIÒN MÈDICO PACIENTE EN

LAS ESPECIALIDADES CLÌNICAS……...38

3.2.- ANÀLISIS BIVARIAL E INFERENCIAL……...40

3.2.1.- RELACIÒN MÈDICO PACIENTE Y

CARACTERÌSTICAS DEL PACIENTE……40

3.2.2.- RELACIÒN MÈDICO PACIENTE SEGÚN LAS CARACTERÌSTICAS DEL SERVICIO DE ATENCIÒN MÈDICA Y DEL TIPO DE RELACIÒN MÈDICO PACIENTE……..42

CAPÌTULO IV……44

4.1.-DISCUSIÒN……44

4.2.- LIMITACIONES METODOLÒGICAS……46

CAPÌTULO V……..47

CONCLUSIONES……...47

RECOMENDACIONES…….. ……48

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……49

ANEXOS……62

TEMA DE INVESTIGACIÓN

"Percepción de la calidad sobre la relación médico paciente en las personas entre 18-64 años que acudieron a la Consulta Externa de las diferentes especialidades clínicas en el Hospital Vozandes Quito en el período comprendido Abril-Junio 2018".

LUGAR: Hospital Vozandes Quito.

Autores: Vicuña Luna María José, Médico Postgradista del tercer año del Postgrado de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Hospital Vozandes Quito.

Velasco Guzmán Emilia Soledad, Médico Postgradista del tercer año del Postgrado de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Hospital Vozandes Quito

Directora: Dra Susana Alvear D. Médico Familiar. Docente de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Tutor Metodológico: Mgst Patricia Ortiz. Docente de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

RESUMEN

En el área de la medicina, uno de los aspectos fundamentales que ha permanecido a lo largo del tiempo, es la relación médico paciente que es la interacción entre dos individuos con necesidades y expectativas apoyados por el equipo de salud; para brindar al paciente toda la ayuda necesaria mejorando sus condiciones de vida, restableciendo su estado de salud.

Para que exista una adecuada relación médico paciente son aspectos importantes: la confianza, la empatía, la cortesía, la humanidad y la participación, éstos, permiten que el paciente conozca más de su enfermedad, junto con su médico tomen decisiones, siempre respetando su autonomía, lo que hace que el paciente sienta que su médico se preocupa por él y que regrese a otras consultas para continuar su tratamiento, contando con el apoyo del mismo.

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la percepción de la calidad y tipo de relación médico paciente en personas entre los 18-64 años que acudieron al servicio de consulta externa de Medicina Familiar, Medicina Interna, Dermatología, Endocrinología, Psiquiatría en el Hospital Vozandes Quito. Se aplicó el cuestionario sobre la Percepción de la Relación Médico Paciente (PREMEPA).

El análisis de datos se realizó en el software estadístico SPSS versión 24. En el análisis descriptivo se obtuvo la media aritmética y la desviación estándar en el caso de las variables cuantitativas; frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas como las características sociodemográficas y las especialidades clínicas.
Respecto al análisis bivarial e inferencial se utilizaron diferencia de medias y medidas no paramétricas como Kruskall Wallis, U de Mann Whitney.

ABSTRACT

In the area of medicine, one of the fundamental aspects that has remained over time is the patient-doctor relationship that is the interaction between two individuals with needs and expectations supported by the health team; to provide the patient with all the necessary support by improving their living conditions, restoring their health status.

For there to be an adequate patient doctor relationship, important aspects are: trust, empathy, courtesy, humanity and participation, these allow the patient to know more about his illness, together with his/her doctor, make decisions, always respecting his/her autonomy, which makes the patient feels that his/her doctor cares for him/hers and that he will return to other consultations to continue his treatment, counting on the support of the same.

The objective of the present investigation was to determine the perception of the quality and type of patient medical relationship among people aged 18-64 years who attended the outpatient service of Family Medicine, Internal Medicine, Dermatology, Endocrinology, Psychiatry at Vozandes Hospital Quito. . The questionnaire on the Perception of the Patient Medical Relationship (PREMEPA) was applied.

The data analysis was performed in the statistical software SPSS version 24. In the descriptive analysis the arithmetic average and the standard deviation were obtained in the case of the quantitative variables; frequencies and percentages for qualitative variables such as sociodemographic characteristics and clinical specialties.

Regarding the bivarial and inferential analysis, difference of means and nonparametric measures were used, such as Kruskall Wallis, U of Mann Whitney.

INTRODUCCIÓN:

La relación médico paciente es la interacción entre dos personas, en donde cada uno se compromete por una causa común, cumpliendo un objetivo que debe llegar a un fin determinado, el bienestar de los pacientes. (Nuñez R, et al; 2014).

El paciente acude al médico por decisión propia, poniendo su vida al cuidado del profesional, quien con sus conocimientos y experiencia buscará la mejor opción diagnóstica y terapéutica, brindando así una atención de calidad, respetando sus derechos y los principios bioéticos, con la finalidad de prevenir enfermedades, recuperar la salud. (Arrubarrena V. 2011).

Esto se fundamenta en los cuatro principios de la bioética: autonomía, se relaciona con la actuación libre del paciente en elegir voluntariamente lo más beneficioso para su salud, la no maleficencia que se refiere a no causar daño con intención; el principio de beneficencia, que consiste en actuar en bien del paciente, y la justicia que equivale a un acceso equitativo a los servicios de salud. (Celedón C; 2016)

Para determinar la calidad de la relación médico paciente es imprescindible valorar la percepción que tienen sobre el servicio de salud, siendo ésta: "el proceso por el cual, el paciente selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para integrar una visión significativa y coherente del mundo que le rodea" (Vargas, V; et al.2013)

Los modelos de la relación médico paciente que se establecen son: paternalista, dominante, responsabilidad compartida, mecanicista. (Indacochea S.2017).

Una adecuada relación médico paciente se fundamenta en la responsabilidad compartida, basándose en la confianza y buena comunicación, "por tanto interviene autonomía,

libertad y juicio del paciente en relación a lo que espera bajo la orientación de su médico" (Arrubarrena V., 2011).

El médico con sus conocimientos sobre las patologías y su tratamiento, debe comunicarse con el paciente de manera clara, sin utilizar un lenguaje técnico resolviendo dudas oportunamente y así evitando que el paciente acuda a personas poco capacitadas del entorno y a las redes sociales, que en ocasiones lo predisponen a actitudes agresivas hacia el médico, falta de adherencia al tratamiento, automedicación, asistencia tardía a los centros de salud ocasionando un aumento de la morbimortalidad. (Forguione V.P., 2015)

El paciente debe tener siempre acceso a la información acerca de su salud, para tomar las mejores decisiones tomando en cuenta el compromiso que tiene con el sistema sanitario, considerando sus valores, sus preferencias, expectativas, perspectivas y experiencias en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento de su situación actual, esto implica la relación que tenga con su médico, la adherencia al tratamiento en busca de los mejores resultados, la satisfacción del mismo, reduciendo las posibilidades de hospitalización y sus costos. (Al-Tannir et al., 2017)

Considerando que la atención en salud es la asistencia prioritaria, que debe recibir el individuo, la familia y la comunidad, utilizando métodos y tecnologías aplicables al país de procedencia y con costos asequibles a la economía de cada lugar, ésta puede darse en varios escenarios, uno de ellos es la consulta externa, la cual es un espacio de atención ambulatoria de las diversas especialidades, que incluye los aspectos de prevención que se llevan a cabo por primera vez o de manera subsecuente. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

Se realizaron varios estudios para valorar la relación médico paciente, uno de ellos evaluó la percepción de la relación médico paciente en los usuarios de consulta externa de un hospital de Lima utilizando el cuestionario "Percepción de la Relación Médico Paciente", sobresaliendo la comunicación y la empatía como componentes importantes, porque los pacientes refieren que el médico que les escucha y los comprende puede conocer más sobre ellos, llegando a un mejor diagnóstico, un adecuado tratamiento y fortaleciendo la relación médico paciente. Además hay que considerar la satisfacción que tienen los pacientes al elegir a su médico. (Mendoza C et al., 2016).

Además, entre otros estudios, está la valoración de la satisfacción del paciente con relación a su médico de familia con la aplicación del cuestionario "Relación médico paciente versión 9 preguntas", en donde los pacientes consideran importante la calidad humana, el trato personal, la accesibilidad a los servicios de salud y la capacidad resolutiva. (Fernández J, et al., 2010)

1.-MARCO TEÓRICO

1.1.-IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

La relación médica paciente es el encuentro entre dos personas, dos historias de vida, con un compromiso mutuo: la salud del paciente, para lo cual se establece una alianza terapéutica y responsabilidad compartida. (Mejía A & Romero H; 2017)

Una adecuada relación médico paciente, permite al paciente participar en la toma de decisiones, destacando aspectos relevantes como: el compromiso, la participación y el involucramiento. (Coppolillo F, 2018)

La toma de decisiones interviene en la resolución del problema de salud, que requiere de conocimientos del médico y dar a conocer al paciente las posibles opciones para resolverlo.(Grönloh, C et al,. 2018)

Los cambios culturales, sociales, políticos, demográficos y avances tecnológicos, han permitido que la relación médico paciente cambie del paternalismo a la toma de decisiones compartidas, fortaleciéndose en base a la confianza, al respeto y a la comunicación, basada en la ciencia y en la evidencia. (Murgic L, et al 2015)

1.2.-TIPOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Existen varios modelos de relación médico paciente, cuyo objetivo es el cuidado de la salud y la atención centrada en el paciente; dentro de esto podemos mencionar:

1.2.1.-El modelo Paternalista en donde el médico ejerce un rol activo frente al paciente, decidiendo en el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. (Indacochea S, 2017).

1.2.2.-El modelo Dominante en el que el paciente debido a su experiencia o a la información obtenida sobre su diagnóstico pide o exige se realicen ciertos procedimientos diagnósticos, sin respetar los conocimientos y opiniones del médico. (Arrubarrena V, 2011).

1.2.3.-El modelo de Responsabilidad compartida en el que existe una buena comunicación médico paciente y su familia, se aclaran las dudas y los temores en relación a sus patologías, se discuten las diferentes opciones en cuanto al diagnóstico y tratamiento y se toma la mejor decisión de manera conjunta.(Arrubarrena V. 2011).

1.2.4.-El modelo Mecanicista en el que la atención al paciente se basa en disposiciones administrativas, en protocolos rígidos, tomando en cuenta que el paciente no elige al médico que lo atendió inicialmente y no es atendido siempre por el mismo profesional, lo cual afecta la calidad de la relación médico paciente, ya que puede verse alterada por la falta de colaboración del paciente o su familia, la falta de empatía, ciertas condiciones físicas o técnicas que impiden una buena atención médica, entre otros.(Indacochea S, 2017).

1.3.-DIMENSIONES DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

El deseo del paciente en el cuidado de su salud está relacionado con el valor que le dé a la relación que tiene con su médico. Este valor se basa en varios aspectos:

1.3.1.-Empatía:

Es el proceso en el que el médico o el profesional de salud entra en la vida del paciente sin emitir juicios previos, dándole la oportunidad a su paciente para que se exprese y a su vez ser escuchado con atención, permitiéndole al médico ubicarse en el sentir del paciente. (Donoso CA, 2014)

Los aspectos que implican empatía, calidez, comprensión, escucha activa, permiten que el paciente se sienta comprendido en su dolencia por parte del médico, entre éstas se pueden destacar: mantenerse relajado, pero ser firme en las decisiones; ser amable y cálido; mantener el contacto visual; evitar palabras técnicas y estar cerca del paciente mientras éste se expresa.

Se menciona que existen 3 fases dentro de la empatía, que son las siguientes:
"**Primera fase:** Identificación con la persona y la situación del otro.
Segunda fase: La repercusión e incorporación o conciencia y manejo de la propia vulnerabilidad y del impacto que tiene sobre sí mismo el encuentro con la vulnerabilidad ajena.
Tercera fase: Separación o restablecimiento de la distancia psicológica y emocional acortada por la aproximación del primer momento. Ésta última es muy importante en la relación médico paciente, ya que permite superar la emotividad que genera la situación, brindando la ayuda adecuada". (Donoso CA, 2014)

"La empatía no solo incluiría elementos afectivos, sino también cognitivos y conductuales y, por lo mismo, posiblemente esta pueda ser enseñada y ejercitada para transformarla en un hábito" (Donoso CA, 2014)

1.3.2.-Confianza

Es lo que espera el paciente de su médico, existiendo un beneficio mutuo, no sólo en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que aqueja al paciente, sino también en el plano emocional, ya que el médico que conoce más a su paciente, tiene más beneficios, porque conoce su historia, facilitándose un mejor seguimiento y la resolución de las situaciones que preocupan al paciente. (Kelley M,et al 2015).

1.3.3.-Participación

Es la intervención del paciente en el proceso de su enfermedad, en el que toma una serie de decisiones como: comprender que necesita ayuda, acudir a la valoración médica, decidir entre las diferentes opciones terapéuticas, consultar diversas opiniones y firmar consentimiento informado.

Además para que el paciente se involucre en la toma de decisiones, se requieren varias condiciones: informarse sobre su condición de salud y pronóstico, comprender la información manifestada, expresar lo entendido. (Maestro B, 2012)

1.3.4.-Humanización

Son una serie de actos en los que se concientiza la importancia de la vida humana. Dentro de esto se menciona a la salud y a la enfermedad como situaciones que se presentan a lo largo del ciclo vital de cada individuo, siendo la misión de los profesionales de la salud luchar por estilos de vida saludable y en contra de la enfermedad.

1.3.5.-Respeto

Es el valor y la consideración que se tiene con cada ser humano, en el acercamiento para conocer su situación, la dedicación y esfuerzo que realizamos para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. El respeto es fundamental en la relación médico paciente, ya que sin éste no existe confianza. (Zambelli R, et al 2012).

1.4.-IMPORTANCIA DE LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.

En la relación médico paciente es fundamental considerar los principios bioéticos, porque en esta interacción se buscan las mejores decisiones, respetando conjuntamente sus derechos. (Mendoza , A. (2017)

La bioética tiene cuatro principios fundamentales que son:

1.4.1.-Autonomía: Es el cuidado que el paciente da a su salud de acuerdo a sus valores y creencias, permitiéndole tener un mayor empoderamiento y mejorar las oportunidades que tiene en relación a su salud. (Murgic L;et al 2015)

Está basada en la elección del médico y colaboración del paciente. Esta elección por parte del paciente, es importante, ya que éste al conocer a su médico está en capacidad de tomar mejores decisiones para su beneficio, porque la toma compartida de decisiones, es vital para tener un cuidado personalizado, así muchos pacientes manifiestan que una conversación abierta y honesta con su médico es importante en esta toma de decisiones.(Grönloh, C et al,.2018)

Otro de los aspectos en relación a la autonomía del paciente es si éste desea conocer la verdad en cuanto a su diagnóstico, pero no quiere saber lo relacionado con el pronóstico, ya sea esto por temor, influencias externas o conceptos estereotipados.

1.4.2.-No maleficencia: Se refiere a no hacer daño intencionalmente. "Obliga a evitar el daño físico o emocional y el perjuicio en la aplicación de procedimientos o de intervenciones"

1.4.3.-Justicia: Acceso equitativo a los servicios sanitarios, trato similar y con las mismas oportunidades. (Drane J, 2012)

1.4.4.-Beneficencia: Es obrar siempre en beneficio del paciente, valorando las ventajas y desventajas de los distintos tratamientos, según la patología del paciente. Ligado a este principio bioético está el modelo Paternalista el cual está presente en muchas sociedades (Hardy AE ; Rovelo J, 2015)

1.5.-LA INFLUENCIA DEL DR GOOGLE EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

El acceso a la gran cantidad de información que ofrecen las páginas web acerca de las enfermedades, foros, comunidades virtuales, han intervenido en la relación médico paciente de dos maneras diferentes, por un lado, han permitido información sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, centrándose no sólo en la parte biológica, sino ofreciendo el apoyo psicológico y emocional necesarios y por otro lado esta información con la que cuentan los pacientes puede llevarles a conceptos erróneos, los mismos que pueden perjudicar la relación médico paciente y al no contar con el asesoramiento adecuado, da lugar a interpretaciones no confiables, a confrontaciones, todo esto incide en la salud del paciente . (Oliveira, J. F. de. 2014)

1.6.-MÉTODO CLÍNICO CENTRADO EN EL PACIENTE

Para responder adecuadamente las necesidades y expectativas de los pacientes surge el método clínico centrado en el paciente (MCCP), dentro de sus componentes están los siguientes:

1.6.1.-Salud: Es la experiencia de cada individuo en los aspectos físicos, somáticos, cognitivos, emocionales, sociales, productivos y espirituales.

1.6.2.-Curación: Restaurar las diferentes dimensiones de la salud en especial la física, somática.

1.6.3.-Alivio: Es la mejoría en los aspectos emocionales, espirituales conjuntamente con los otros ya descritos, transcendiendo el sufrimiento y apegado a las situaciones propias de cada paciente.

1.6.4.- Condiciones de apoyo para el cuidado, alimentación, trabajo, y actividades de la vida diaria.

1.6.5.-Situaciones previas en el sistema de salud, en relación al acceso a los servicios de salud, relaciones interpersonales entre otras. (Rollow W.& Cucchiara, P. 2016)

Este va más allá de la enfermedad que padece el paciente, porque no sólo se queda en el plano de su padecimiento, sino que trata al paciente de una manera integral, incluyendo todos los aspectos que forman parte del ser humano. En la relación médico paciente se comparte el poder y la responsabilidad. (Fix G. M,et al 2018).

Siendo importante la búsqueda de un espacio común para definir problemas, metas y roles que se adoptarán en el encuentro de la consulta y finalmente el desarrollo de la relación médico paciente. Todo ello demanda en el profesional habilidades que permitan una comunicación efectiva. (Cuba M, et al 2016)

Implementar el método de la atención centrada en el paciente, mejora la relación médico paciente, ya que se le da seguridad porque el médico que lo atiende comprende su problema de salud, involucrándole en la toma conjunta de decisiones, por ende el tipo de relación médico paciente que se busca es el de responsabilidad compartida. (Suárez, M. 2012)

1.7.- COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE

En la relación médico paciente están implicados varios aspectos, tales como: las experiencias de vida tanto del profesional médico como del paciente, el lugar en donde se desarrolla la atención médica y el entorno en el que se desenvuelven sus protagonistas. (Zambelli R, et al 2012).

En la relación médico paciente independientemente si esta es simétrica o asimétrica es primordial la comunicación verbal y la comunicación no verbal. Por una parte está el profesional que tiene una formación académica que le permite valorar, diagnosticar e interpretar lo que le ocurre al paciente y brindar opciones para su tratamiento y por otro lado está el paciente que acude para recibir ayuda, todo esto está relacionado con los diferentes tipos de relación médico paciente. (Hamui A, et al 2015)

Existen tres dimensiones en la comunicación medico paciente entre las que destacamos:

1.7.1-Dimensión biomédica:

Basada en informar al paciente sobre su estado de salud, las opciones de diagnóstico y tratamiento a seguir. Considerando que la buena comunicación en la relación médico paciente permite un accionar más amplio en beneficio del paciente como modificar los estilos de vida, disminuir las situaciones de riesgo con prevención y promoción de salud. (Hamui A, et al 2015)

1.7.2.-Dimensión emocional:

Es importante, ya que el paciente espera del médico su ayuda en el plano biológico, psicológico y social.

Siendo primordial la empatía que desarrolle el médico lo que le permite identificar las emociones de su paciente.

Para el conocimiento de las emociones existen cuatro dimensiones que se detallan a continuación:

1.7.2.1.-Percepción emocional: Es detectar los sentimientos propios y los del paciente, estando atentos a las diferentes expresiones verbales y no verbales.

1.7.2.2.-Facilitación o asimilación emocional: Es como influye el estado afectivo del médico en la toma de decisiones sobre la salud de su paciente.

1.7.2.3.-Comprensión emocional: Capacidad para identificar las emociones del paciente y la influencia de las mismas en las decisiones futuras.

1.7.2.4.-Regulación emocional: es la habilidad del profesional de la salud para ser receptivo a las distintas emociones del paciente y utilizar las mismas en su beneficio. .(Hamui,et al 2015)

1.7.3.-Dimensión de la identidad cultural:

Identificar la historia, cultura, tradiciones, costumbres y proyectos de vida del paciente nos permite conocerlo, lo cual facilita la comunicación y toma de decisiones.

1.8.-LA ALIANZA TERAPÉUTICA

Se conoce como alianza terapéutica a la ayuda y participación en la relación médico paciente, la misma que está formada por los siguientes elementos:

1. "La capacidad del paciente para trabajar en su tratamiento con una finalidad.
2. El lazo afectivo del paciente con su médico.
3. El compromiso y entendimiento empático del médico
4. El acuerdo entre médico y paciente con respecto a metas y tareas de tratamiento. " (Waizmann V;et al 2015)

El valor que le dan los pacientes a la atención que reciben se basa en el soporte, la curación y la experiencia en la atención en la relación médico paciente, tomando en cuenta ciertas actividades que son importantes como:" asegurarse del acceso a la atención de salud y la continuidad en la atención,(característico de la relación médico paciente), desarrollar una relación terapéutica, brindar el diagnóstico y tratamiento basado en la evidencia, comprometerse con el paciente en el plan de los cuidados de su salud" (Rollow W, Cucchiara P.2016)

Además, uno de los aspectos importantes en la alianza terapéutica es el conocimiento del médico a sí mismo como persona, esto le permite acercarse más a sus pacientes y tener empatía con su padecimiento tanto físico como emocional. (Coppolillo F, 2018)

JUSTIFICACIÓN

En la práctica médica, en todas las áreas de la Medicina, es importante la percepción de la calidad en la relación médico paciente, ya que el médico como profesional busca brindar lo mejor a su paciente para aliviar su padecimiento, pero también está el compromiso del paciente con su médico y el personal de salud para su beneficio, procurando que conozca sobre su enfermedad, respetando su autonomía en la toma de decisiones conjuntamente con su médico y a su vez haciéndole partícipe del autocuidado que debe llevar para tener una adecuada calidad de vida. (Al-Tannir et al., 2017)

Por lo que se consideró necesario la realización de este trabajo de investigación en donde la percepción de la calidad en la relación médico paciente es fundamental en el ejercicio de la práctica médica en las diferentes especialidades clínicas, en un ambiente de confianza, empatía, brindando al paciente la seguridad de contar con su médico.

En el país existen pocas investigaciones sobre la relación médico paciente, siendo importante la realización de este estudio, que permitió analizar la relación médico paciente, comparando la misma en las diferentes especialidades clínicas en el ambiente ambulatorio.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la atención médica es importante la inclusión del paciente en su salud, su educación y compromiso, la toma conjunta de decisiones y el autocuidado. El equipo de salud provee al paciente de información adecuada, fuentes de acceso, recursos en la comunidad y apoyo constante, permitiendo que el paciente identifique sus metas, desarrolle planes y los ponga en práctica para mejorar su estilo de vida. (Thom et al., 2016).

Entre los aspectos fundamentales en la toma de decisiones, consideraremos: al lenguaje, la cultura, las experiencias de vida, para que exista empatía con el paciente y pueda éste trabajar de mejor manera con su médico, existiendo buena relación entre los dos, estableciendo confianza que resolverá inquietudes que pueden presentarse, corrigiendo errores y que la relación médico paciente sea más efectiva. Por tanto habrá disponibilidad del médico para sus pacientes, incluyendo la frecuencia de visitas, la duración de la consulta y el seguimiento continuo (Thom et al., 2016).

En la atención al paciente se ha vivido un cambio del paternalismo a una relación compartida, lo cual se basa en varios aspectos como la cultura, la historia, la política, los mismos que pueden interferir en esta transición. Resaltando que la toma compartida de decisiones, se basa en que el médico y el paciente comparten la mejor evidencia disponible, donde se valoran las preferencias del paciente. (Vučemilović M, et al 2016)

La toma compartida de decisiones, ha sido analizada desde 1978, en la declaración de Alma Ata en la que se reconoció que la población tiene un deber y un derecho, de participar en el cuidado de su salud. A través de este nuevo modelo de relación médico paciente, los pacientes evitan los procedimientos invasivos, mientras que los médicos buscan su objetivo principal: la salud de sus pacientes. (Vučemilović M, et al 2016)

Otro aspecto fundamental en la relación médico paciente, es mantener una buena comunicación, que lleve a un acertado diagnóstico, un buen tratamiento, un apoyo total para el paciente, sintiéndose escuchado, entendido y comprendido, dando como

consecuencia mejores acuerdos, mayor confianza y una óptima relación médico-paciente. (Moore P, et al 2010).

Así pues, la finalidad de la atención en salud es que el paciente alcance un completo estado de bienestar, para lo cual es importante conocer su opinión, a través de la percepción que tiene sobre su médico y sobre sí mismo, siendo este proceso cognitivo inherente a cada individuo, susceptible a factores como: su estado fisiológico, personalidad, estado psicológico y entorno social.

¿Pregunta de investigación?

¿Cuál fue la percepción de la calidad sobre la relación médico paciente en las personas entre 18-64 años que acudieron a la Consulta Externa de las diferentes especialidades clínicas: Medicina Familiar, Medicina Interna, Dermatología, Endocrinología, Psiquiatría en el Hospital Vozandes Quito en el período comprendido Abril-Junio 2018?

2.1.-OBJETIVOS

2.1.1.-OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la percepción sobre la calidad y el tipo de relación médico paciente en las personas entre 18-64 años que acudieron a la Consulta Externa de las diferentes especialidades clínicas: Medicina Familiar, Medicina Interna, Dermatología, Endocrinología, Psiquiatría en el Hospital Vozandes Quito.

2.1.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características sociodemográficas como edad, sexo, instrucción de pacientes que acudieron a la consulta externa de las diferentes especialidades clínicas del Hospital Vozandes Quito.
- Identificar el tipo de relación médico paciente en las personas que acudieron a la Consulta Externa de las diferentes especialidades clínicas del Hospital Vozandes Quito.
- Comparar la percepción sobre la calidad y tipo de relación médico paciente en las diversas especialidades clínicas.

2.2.-Hipótesis:

- La calidad de la relación médico paciente es adecuada indistintamente de las Especialidades Clínicas.

2.3.-TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Descriptivo transversal.

TIPO DE VARIABLES

Variable Dependiente: Percepción de la calidad de la relación médico paciente y tipo de relación médico paciente.

Variable Independiente: Características sociodemográficas.

Especialidades clínicas

2.4.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÒN OPERACIONAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Edad	Cantidad de años, meses y días cumplidos a la fecha de aplicación del estudio			Años cumplidos	18-35 36-50 51-64	Cuestionario
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres			Proporción de hombres Proporción de mujeres	-Masculino -Femenino	Cuestionario
Instrucción	Aquellos estudios y aprendizajes encaminados a la inserción, reinserción y actualización			Número de años aprobados	1 Ninguna 2 Primaria 3 Secundaria 4 Estudios superiores	Cuestionario

	laboral, cuyo objetivo principal es aumentar y adecuar el conocimiento y habilidades de los actuales y futuros trabajadores a lo largo de toda la vida.					
Especialidad clínica	Asisten personalmente al paciente con actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas			Tipo de especialidad	-Medicina Familiar -Medicina Interna -Dermatología--Endocrinología -Psiquiatría	Cuestionario
Relación Médico Paciente	Aquella que se da entre 2 personas, en la que se inicia una interacción, cumpliendo un objetivo que se basa en devolverle la salud al paciente.	Empatía	Capacidad para ponerse en el lugar de otra persona, se trata de intentar entender cómo siente y lo que puede estar pensando el otro.	Porcentaje de pacientes que se sienten comprendidos por su médico	0-1: No empatía 2 :Poca empatía 3 :Empatía	Cuestionario
		Cortesía	Demostración o acto con que se manifiesta la atención, respeto o afecto que tiene alguien a otra persona.	Porcentaje de pacientes tratados con cortesía	0-1 Descortés 2. Poco cortés 3. Cortés	Cuestionario
		Humanidad	Capacidad para sentir afecto, comprensión o solidaridad hacia	Porcentaje de pacientes que percibieron	0-1 Poco sensible 2. Sensible	Cuestionario

			las demás personas.	sensibilidad de su médico por sus problemas	3. Muy sensible	
		Confianza	Seguridad que alguien tiene hacia otra persona o cosa	Porcentaje de pacientes que confían en su médico	0 - 1.Desconfianza 2. Poca confianza 3. Confianza	Cuestionario
		Participación	Grado de intervención del paciente en la consulta.	Porcentaje de pacientes que se les explica y comprenden su problema de salud	0-1 No participa 2. Participa poco 3.Participa mucho	Cuestionario
Tipo de relación médico paciente	Diferentes modelos que tienen características determinadas y específicas.	Paternalista	El médico ejerce un rol de autoridad frente al paciente	Porcentaje de pacientes en los que su médico decide por ellos	1-3. Si 0. No	Cuestionario
		Dominante	El paciente solicita al médico los exámenes y procedimientos que tiene que realizar	Porcentaje de pacientes que imponen cierto criterio en el diagnóstico y tratamiento	1-3. Si 0. No	Cuestionario

				dado por su médico		
		Responsabilidad Compartida	Médico y paciente toman decisiones conjuntamente	Porcentaje de pacientes que toman decisiones conjuntamente con su médico	1-3. Si 0. No	Cuestionario
		Mecanicista	Atención médica basada en disposiciones administrativas	Porcentaje de pacientes que eligen a su médico	1-3. Si 0. No	Cuestionario

2.5.-Muestra:

El cálculo de la muestra se obtuvo mediante la fórmula:

$$n= \frac{k^2*p*q*N}{(e^2*(N-1))+k^2*p*q}$$

N: Tamaño del universo: Especialidades clínicas: 2367

k:Nivel de confianza del 95%(1.96).

e: error muestral: 6%

p: proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio.
p=q=0.5 .

q: proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

n: Tamaño de la muestra: 264 personas que acuden a la Consulta Externa.

Distribución porcentual que se asignó a cada Especialidad:

Medicina Familiar: 132(50%)

Medicina Interna: 25(9.47%)

Dermatología: 66(25%)

Endocrinología: 25(9.47%)

Psiquiatría: 16(6.06%)

Se eligió a la población a estudiar por muestreo no probabilístico por conveniencia.

2.6.-CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

2.6.1.-Criterios de inclusión:

- Pacientes de 18 a 64 años de edad que acudieron a la consulta externa de las diferentes especialidades clínicas (Medicina Familiar, Medicina Interna, Dermatología, Endocrinología, Psiquiatría) del Hospital Vozandes Quito.
- Pacientes que aceptaron participar en este trabajo de investigación.

2.6.2.-Criterios de exclusión:

- Pacientes que padecen demencia
- Pacientes que no son independientes.

2.7.-Procedimiento de recolección de la información:

Se aplicó un Cuestionario (PREMEPA) validado en cuatro estados del Perú para valorar la percepción de la calidad y tipo de relación médico paciente en las personas entre 18-64 años que acudieron a la Consulta Externa de las diferentes especialidades clínicas del Hospital Vozandes Quito.

El instrumento está formado por 3 bloques:

- Bloque 1: Datos generales del paciente
- Bloque 2: Datos generales del médico
- Bloque 3: Encuesta , dividida en tres partes:

- Primera pregunta, es dicotómica y menciona si el paciente buscó ayuda previa a la consulta
- Las preguntas 2 a la 8, son de opción múltiple con 4 opciones, con una escala tipo Likert con valores del 0- 3.
- Las preguntas 9 a la 12 son dicotómicas.
- La pregunta 13 evalúa satisfacción en la consulta, siendo de opción múltiple, escala tipo Likert (0-3).
- Además se agregó preguntas para valorar el tipo de relación médico paciente, según el puntaje obtenido en los 4 bloques de preguntas, que corresponde a cualquiera de los tipos de relación médico paciente que predominaría:
  - Paternalista
  - Dominante
  - Responsabilidad Compartida
  - Mecanicista

La sumatoria de los valores obtenidos en las preguntas 1-13, dieron lugar a una nueva variable (Puntaje de la relación médico paciente), con la que se comparó las características demográficas del paciente, las características del médico, las especialidades clínicas y el tipo de relación médico paciente.

Los parámetros utilizados en la evaluación fueron:

- Igual a 15: Relación médico paciente adecuada
- Entre 8 a 14: Relación médico-paciente medianamente adecuada
-Menor a 8: Relación médico paciente inadecuada.

Este cuestionario fue aplicado en Consulta Externa, luego de la aceptación del paciente para participar en este proyecto de investigación.

2.8.-Prueba Piloto

Previo a la aplicación de este cuestionario en el Hospital Vozandes Quito, se realizó la aplicación de una prueba piloto al 10% del tamaño de la muestra, para verificar la comprensión de la misma en el Centro de Salud de la Argelia en el Sur de Quito.

2.9.-Plan de análisis de Datos:

Se hizo un análisis descriptivo, a través del uso de la media aritmética y de la mediana para estudiar las características sociodemográficas y las especialidades clínicas, siendo esta información expresada en porcentajes para una apreciación concreta de los resultados.

Se aplicó el cuestionario descrito a: paciente nuevo, luego de que salga de la consulta externa con su médico y a paciente antiguo, en espera a la consulta de las Especialidades Clínicas mencionadas.

En relación al análisis bivarial e inferencial, se comparó el puntaje promedio de la relación médico paciente con las características sociodemográficas, las características del médico y las especialidades clínicas usando diferencia de medias, Se utilizó como pruebas no paramétricas: Kruskall Wallis y U de Mann Whitney porque la muestra de la presente investigación fue asimétrica ya que el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, porque la elección de pacientes, de acuerdo a cada especialidad, dependió de la afluencia a cada una de ellas.

2.10.-Procesamiento de la información

-Grado de instrucción de los pacientes: El primer grupo estuvo representado por aquellos pacientes de baja instrucción (Sin instrucción e instrucción primaria) y el segundo grupo correspondió a los pacientes con alta instrucción (Secundaria y superior).

-Tipo de relación médico paciente:

Las opciones de selección fueron totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo, lo que llevo a reagrupar en 2 categorías 1(Tipo de relación médico paciente), 2(No pertenecen a un tipo específico).

-Especialidades Clínicas:

Se asignaron las diferentes especialidades clínicas de acuerdo a la mayor afluencia de pacientes en cada una de ellas.

2.11.- ASPECTOS BIOÉTICOS:

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador con número de oficio CB- 132-2018 y la Gerencia de Educación Médica del Hospital Vozandes Quito con número de oficio PE HVQ- 2018-002, y la participación del paciente a través del consentimiento informado.

CAPÍTULO III

3.-RESULTADOS

3.1.-ANÁLISIS DESCRIPTIVO

3.1.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES:

El presente estudio se realizó con 264 pacientes que acudieron al servicio de Consulta Externa de las diferentes especialidades clínicas: Medicina Familiar, Medicina Interna, Dermatología, Endocrinología, Psiquiatría en el Hospital Vozandes Quito, Abril- Junio de 2018.

El promedio de edad fue de 41 años, (DE ±14.91), con un rango entre 18 y 64 años, el mayor porcentaje correspondió al sexo masculino (67.8%); la instrucción más frecuente fue secundaria y superior con el 92.0% y más de la mitad de los pacientes recibieron atención continua (52.3%). (Tabla 1).

Tabla #1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES CLÍNICAS EN EL HOSPITAL VOZANDES QUITO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ABRIL-JUNIO 2018

	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	**18-19**	14	5.3
	20-34	81	30.7
	35-49	67	25.4
	50-64	102	38.6
	Total	264	100,0
SEXO	**MASCULINO**	179	67,8
	FEMENINO	85	32,2
	Total	264	100,0
INSTRUCCIÓN	**BAJA (NINGUNA Y PRIMARIA)**	21	8,0
	ALTA (SECUNDARIA Y SUPERIOR)	243	92,0
	Total	264	100,0
TIPO	**CONTINUADOR**	138	52,3
	NUEVO	126	47,7
	Total	264	100,0

Fuente: Encuestas. **Autoras:** María José Vicuña y Emilia Velasco.

3.1.2.- CARÁCTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA

El mayor porcentaje de médicos fue del sexo femenino (54.9%); el paciente no eligió a su médico en el 51.9% y la atención que predominó fue más de una consulta con el 59.8%. (Tabla 2).

Tabla #2

CARACTERISTICAS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE CONSULTA EXTERNA DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES CLÍNICAS EN EL HOSPITAL VOZANDES QUITO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ABRIL-JUNIO 2018

	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	**FEMENINO**	145	54,9
	MASCULINO	119	45,1
	Total	264	100,0
ELECCIÓN DEL MÉDICO	**NO**	137	51,9
	SÍ	127	48,1
	Total	264	100,0
NÚMERO DE CONSULTAS PREVIAS	**NINGUNA**	106	40,2
	MAS DE 1	158	59,8
	Total	264	100,0
ESPECIALIDAD CLÍNICA	**MEDICINA FAMILIAR**	132	50,0
	MEDICINA INTERNA	25	9,5
	DERMATOLOGÍA	66	25,0
	ENDOCRINOLOGÍA	25	9,5
	PSIQUIATRÍA	16	6,1
	Total	264	100,0

Fuente: Encuestas. **Autoras:** María José Vicuña y Emilia Velasco.

3.1.3.- PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

El mayor porcentaje de los pacientes no buscaron ayuda previa a su atención médica (63.3%); el trato del médico fue muy respetuoso y cortés en el 94.3%; la mayoría de los pacientes se sintieron escuchados completamente por su médico (91.7%) y totalmente comprendidos en el 88.6%; el médico fue totalmente sensible en el 78%; los pacientes confiaron plenamente (79.9%); la explicación del médico fue explícita en el 91.3%; los

pacientes entendieron claramente los procedimientos indicados (93.2%), estuvieron conformes en el 97.7%; la mayoría de los pacientes recomendaría la atención del médico (96.2%); finalmente el 86.7% tuvo una satisfacción muy buena en la consulta.

El puntaje total de la encuesta de la relación médico paciente fue sobre 15 puntos y se obtuvo un promedio de 27.16, (DE±2.49), con un rango entre10 y 29 puntos. (Tabla 3)

Tabla #3

PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DE CONSULTA EXTERNA DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES CLÍNICAS EN EL HOSPITAL VOZANDES QUITO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ABRIL-JUNIO 2018

	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AYUDA ANTES DE CONSULTA	**NO**	167	63,3
	SÍ	97	36,7
	Total	264	100,0
TRATO DEL MÉDICO	**POCO CORTÉS Y RESPETUOSO**	4	1,5
	MEDIANAMENTE RESPETUOSO Y CORTÉS	11	4,2
	MUY RESPETUOSO Y CORTÉS	249	94,3
	Total	264	100,0
ATENCIÓN DEL MÉDICO	**SÍ ME ESCUCHÓ, PERO POCO**	2	,8
	ME DEJÓ HABLAR, PERO NO ME ESCUCHÓ TODO	20	7,6
	ME ESCUCHÓ TODO	242	91,7
	Total	264	100,0

COMPRENSIÓN	**ME COMPRENDIÓ, PERO POCO**	3	1,1
	SÍ ME COMPRENDIÓ, PERO NO TOTALMENTE	27	10,2
	ME SENTÍ TOTALMENTE COMPRENDIDO	234	88,6
	Total	264	100,0
SENSIBLIDAD	**NO FUE SENSIBLE**	1	,4
	POCO SENSIBLE	4	1,5
	MEDIANAMENTE SENSIBLE	53	20,1
	TOTALMENTE SENSIBLE	206	78,0
	Total	264	100,0
CONFIANZA AL MÉDICO	**POCA CONFIANZA**	2	,8
	MEDIANA CONFIANZA	51	19,3
	CONFÍO PLENAMENTE	211	79,9
	Total	264	100,0
EXPLICACIÓN DEL MÉDICO	**NO ME EXPLICÓ**	2	,8
	ENTENDÍ POCO	3	1,1
	ENTENDÍ MEDIANAMENTE	18	6,8
	ENTENDÍ CLARAMENTE	241	91,3
	Total	264	100,0
COMPRENSIÓN DE PROCEDIMIENTOS	**ENTENDÍ POCO**	2	,8

	ENTENDÍ MEDIANAMENTE	16	6,1
	ENTENDÍ CLARAMENTE	246	93,2
	Total	264	100,0
CONFORMIDAD	**NO**	6	2,3
	SÍ	258	97,7
	Total	264	100,0
RECOMENDACIÓN MÉDICA	**NO**	10	3,8
	SÍ	254	96,2
	Total	264	100,0
SATISFACCIÓN DE CONSULTA	**REGULAR**	2	,8
	BUENA	33	12,5
	MUY BUENA	229	86,7
	Total	264	100,0

Fuente: Encuestas. **Autoras:** María José Vicuña y Emilia Velasco.

3.1.4.-TIPO DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

El tipo de relación médico paciente predominante fue el dominante con el 83.7% y en menor frecuencia fue el mecanicista (6.4%). (Tabla 4)

Tabla #4

TIPOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DE CONSULTA EXTERNA DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES CLÍNICAS EN EL HOSPITAL VOZANDES QUITO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ABRIL-JUNIO 2018

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PATERNALISTA	12	4,5
DOMINANTE	221	83,7
RESPONSABILIDAD COMPARTIDA	14	5,3
MECANICISTA	17	6,4
Total	264	100

Fuente: Encuestas. **Autoras:** María José Vicuña y Emilia Velasco.

3.1.5.-RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN LAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS:

El puntaje en la escala de relación médico paciente según especialidades clínicas tuvo un promedio de 27 puntos en Medicina Interna, Medicina Familiar y Dermatología; un mayor promedio en Psiquiatría (28 puntos) y el menor promedio en Endocrinología (25 puntos) (Tabla 5).

Tabla#5

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

EN LAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS DE CONSULTA EXTERNA

EN EL HOSPITAL VOZANDES QUITO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ABRIL-JUNIO 2018

PUNTAJE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE						
ESPECIALIDAD ELEGIDA	**N**	**MEDIA**	**DESVIACIÓN ESTÁNDAR**	**MEDIANA**	**MÍNIMO**	**MÁXIMO**
MEDICINA FAMILIAR	132	27,34	1,96	28,00	16,00	29,00
MEDICINA INTERNA	25	27,60	1,25	28,00	24,00	29,00
DERMATOLOGÍA	66	27,19	2,40	28,00	19,00	29,00
ENDOCRINOLOGÍA	25	25,00	4,85	27,00	10,00	29,00
PSIQUIATRÍA	16	28,25	0,85	28,00	26,00	29,00
Total	264	27,16	2,49	28,00	10,00	29,00

Fuente: Encuestas.

Autoras: María José Vicuña y Emilia Velasco.

3.2.-ANÁLISIS BIVARIAL E INFERENCIAL

3.2.1.- RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE:

No hubo diferencias significativas entre el puntaje de la relación médico paciente y la edad de los pacientes (valor de p 0,52); obteniendo un puntaje promedio alrededor de 27 puntos en los grupos de edad.

No existieron diferencias significativas entre el puntaje de la relación médico paciente y el sexo de los pacientes (valor de p 0,54); obteniendo un promedio mayor en el sexo masculino (27,30 puntos) comparado con el sexo femenino (26,85 puntos).

La percepción de la calidad de la relación médico paciente fue mayor en el grupo de instrucción alta (27,29 puntos) comparado con el de instrucción baja (25,61 puntos), siendo estas diferencias estadísticamente significativas (valor de p 0,01).

No hubo diferencias significativas entre el puntaje de la relación médico paciente y el tipo de paciente (valor de p 0,97); obteniendo un promedio mayor en la atención continua (27,22 puntos), comparado con la atención por primera vez (27,09 puntos). (Tabla #1)

Tabla #1

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES CLÍNICAS EN EL HOSPITAL VOZANDES QUITO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ABRIL-JUNIO 2018

PUNTAJE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE				
VARIABLE	**N**	**PROMEDIO**	**DESVIACIÓN ESTÁNDAR**	**VALOR PRUEBA DE P**
EDAD			1,00	**Kruskall Wallis**
18-19	14	27,64		0,52
20-34	81	26,91	2,59	
35-49	67	27,29	2,82	
50-64	102	27,20	2,33	
SEXO				**U Mann-Whitney**
MASCULINO	179	27,30	2,14	
				0,54
FEMENINO			3,10	
	85	26,85		
INSTRUCCIÓN				**U Mann-Whitney**
	21	25,61	4,27	
BAJA				0,01
ALTA	243	27,29	2,24	
TIPO				**U Mann-Whitney**
	138	27,22	2,39	0,97
CONTINUADOR				
	126	27,09	2,60	
NUEVO				

Fuente: Encuestas. **Autoras:** María José Vicuña y Emilia Velasco.

3.2.2.- RELACIÓN MÉDICO PACIENTE SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA Y DEL TIPO DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.

El puntaje de la relación médico paciente obtuvo un mayor promedio en el sexo femenino (27,33 puntos) comparado con el sexo masculino (26,95 puntos) sin diferencias estadísticamente significativas (valor de p 0,32).

Obtuvieron un mayor promedio los pacientes que eligieron a su médico (27,49 puntos) frente a los pacientes que no eligieron (26,85 puntos), con diferencias estadísticamente significativas (valor de p 0,01).

El puntaje de la relación médico paciente obtuvo un mayor promedio en más de una consulta previa (27,25 puntos) comparado con ninguna consulta (27,02 puntos), sin diferencias estadísticamente significativas (valor de p 0,31).

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de la relación médico paciente y las especialidades clínicas (valor de p 0,05).

No existieron diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de la relación médico paciente y el tipo de la relación médico paciente: paternalista (26,77 puntos); dominante (27,18 puntos); responsabilidad compartida (27,40 puntos); mecanicista (27,33 puntos) con un valor de p >0,05. (Tabla #2)

Tabla #2

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE - CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA- TIPO DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

PUNTAJE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE VARIABLE	N	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	VALOR PRUEBA DE P U Mann-Whitney
SEXO DEL MÉDICO				
FEMENINO	145	27,33	2,07	0,32
MASCULINO	119	26,95	2,92	
ELECCIÓN DEL MÉDICO				
NO	137	26,85	2,55	0,01
SI	127	27,49	2,39	
CONSULTAS PREVIAS				
NINGUNA	106	27,02	2,52	0,31
MÁS DE UNA	158	27,25	2,48	
ESPECIALIDAD CLÍNICA				
MEDICINA FAMILIAR	132	27,34	1,96	
MEDICINA INTERNA	25	27,60	1,25	0,05
DERMATOLOGÍA	66	27,19	2,40	
ENDOCRINOLOGÍA	25	25,00	4,85	
PSIQUIATRIA	16	28,25	0,85	
TIPO RELACIÓN MÉDICO PACIENTE				
PATERNALISTA	9	26,77	3,15	0,85
NO PATERNALISTA	255	27,17	2,47	
DOMINANTE	159	27,18	2,43	0,54
NO DOMINANTE	105	27,13	2,59	
RESPONSABILIDAD COMPARTIDA	10	27,40	1,50	0,74
NO RESPONSABILIDAD COMPARTIDA	254	27,15	2,52	
MECANICISTA	12	27,33	2,22	0,85
NO MECANICISTA	252	27,15	2,51	

Fuente: Encuestas. **Autoras:** María José Vicuña y Emilia Velasco.

CAPÍTULO IV

4.1.-DISCUSIÓN

El presente estudio identificó la percepción de los pacientes sobre la calidad de la relación médico paciente en la consulta externa en el Hospital Vozandes Quito, considerando que esta relación es indispensable en el desarrollo de la práctica médica, debido a que favorece un ambiente de confianza, respeto mutuo, logrando el objetivo principal que es brindar ayuda al paciente, reflejada en su satisfacción (Sánchez,D &Contreras.2014).

En esta investigación se encontró una percepción adecuada en el 99,6% de los pacientes entrevistados, similares resultados se obtuvieron en: los hospitales de Tamaulipas, México con el 73.3%(Bernal, I; et al. 2016) ;en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en Perú (Chiclayo) fue del 62.5% (Nuñez R; et al. 2015), en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano de Seguridad Social con el 53%(México D.F.) (Azcarate E; et al.2014), en contraste con lo anteriormente descrito, se encontró que en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Lima (Perú) la percepción adecuada fue del 23%. (Mendoza C et al. 2016).

En el presente trabajo, la mayoría de los pacientes percibieron total respeto y trato cortés en el 94.3%, se sintieron totalmente escuchados en el 91.7% y totalmente comprendidos (88.6%); similares resultados al estudio de Toledo (España), donde se sintieron totalmente escuchados en el 99.2% y totalmente comprendidos en el 82.3% (Stegmann, J. 2014); estos resultados difieren a los obtenidos en el estudio de Lima (Perú) en el que el paciente percibió total respeto y trato cortés en el 22.9%, se sintió totalmente escuchado en el 15.6% y totalmente comprendidos en el 8.4%.(Mendoza C et al.2016),

En este estudio, el médico fue totalmente sensible ante el problema de salud del paciente en el 78%, que contrasta con los resultados del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Lima (Perú),donde fue el médico totalmente sensible en el 5.6%. (Mendoza C et al.2016)

La mayoría de pacientes confiaron plenamente en su médico en el 79.9%, resultados similares a los encontrados en Toledo (España) en el 82.3% (Stegmann, J.2014), y en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo (Perú) en el 71% (Nuñez R; et al.2015), a diferencia de los obtenidos en un estudio de Lima, (Perú) en donde confiaron totalmente en el 7.8%. (Mendoza C et al .2016)

El mayor porcentaje de los pacientes en el presente estudio entendieron la explicación del médico en el 91.3%, al igual que en el estudio en Toledo, (España) en el 82.3% (Stegmann, J.2014) y los Hospitales Alcañiz, Ramón y Cajal en el 58.2% (Madrid, España) (Mármol, M &Muñoz, R .2017) contrastando con los resultados obtenidos en el estudio del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Lima (Perú), donde la explicación fue totalmente entendida en el 14.5%. (Mendoza C et al.2016).

En el trabajo actual, los pacientes estuvieron conformes en el 97.7% y recomendarían a su médico en el 96.2%, al igual que en el estudio del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en Chiclayo (Perú) en el 69.3% (Nuñez R; et al.2015).

La satisfacción en la calidad de la atención que percibieron los pacientes en este estudio fue muy buena en el 86.7%, similar a los resultados obtenidos en los estudios en Madrid (España) donde la satisfacción fue del 70.8%(Mármol, M &Muñoz, R .2017) y en México en el 53%. (México, D.F) (Azcarate E; et al. 2014)

El tipo de relación médico paciente que sobresalió en este estudio fue el dominante en el 83.7%, a diferencia de los hospitales públicos de Santa Fe, Argentina en donde fue paternalista en el 91.6% (Sementilli, N& Vicco, M. 2018), en la Universidad de Ciencias médicas de Tabriz (Irán) fue responsabilidad compartida en el 71%. (Mostafaie, H., et al.2014).

Un estudio en Ciudad de México, afirma que el paciente acude a la consulta con muchos conocimientos adquiridos ya sea en el internet, redes sociales y respuestas entendidas a su manera, las mismas que comunica a su médico y sugiere los diagnósticos y tratamientos que cree conveniente; esto dificulta la relación médico paciente, porque por una parte el médico no ejerce su rol profesional, como debe hacerlo, contribuyendo a esto el escaso tiempo que debe cumplir por paciente, el miedo a una demanda por no haber cedido a la voluntad del paciente. (Girela, B; et al. 2018)

En el estudio actual, se encontraron diferencias significativas entre el alto grado de instrucción de los pacientes y el mejor puntaje promedio para valorar la calidad de la relación médico paciente (valor de p 0,01), similares resultados se obtuvieron en el estudio de los Hospitales públicos Alcañiz, Ramón y Cajal (Madrid, España), en donde a mayor instrucción, mejor puntaje que valoró la calidad de la relación médico paciente (valor de p 0,00) (Mármol, M &Muñoz, R .2017).

En el trabajo actual los pacientes que eligieron a su médico, tuvieron mejor puntaje promedio para valorar la calidad de la relación médico paciente, con diferencias significativas, (valor de p 0.01) al igual que en los estudios del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Lima (Perú), donde la elección del médico reflejó mejor puntaje promedio para valorar la calidad de la relación médico paciente (valor de p 0.00). En esta elección primó la autonomía por parte del paciente como principio bioético, acompañado de la confianza y el conocimiento que tiene a su médico. (Mendoza C et al.2016).

En el presente estudio no hubo diferencias significativas en el puntaje promedio que valoró la calidad de la relación médico paciente y el sexo de los pacientes, (valor de p 0.54), el sexo del personal médico (valor de p 0.32) y las especialidades clínicas (valor de p 0,05).Los resultados descritos reflejan que una adecuada relación médico paciente debe mantenerse independientemente de las características de los pacientes, del médico y del servicio de salud.

Consideramos que una adecuada relación médico paciente beneficia al paciente, porque tendrá mejor información y educación sobre su salud, gracias a una comunicación adecuada con su médico, mejorando su bienestar, favoreciendo una pronta recuperación física y psicológica, con una atención satisfactoria y buena adherencia al tratamiento, también favorece al médico, quien se convierte en mejor profesional y persona, facilita la relación con sus colegas, afrontando de manera acertada las diversas circunstancias de sus pacientes.(Forguione-Pérez,V. P.,2015)

4.2.-LIMITACIONES METODÓLOGICAS.

Al realizarse la presente investigación únicamente en un hospital privado, agrupó a un tipo de pacientes, con iguales características sociodemográficas.

La percepción de la calidad de la relación médico paciente al haberse realizado en las especialidades clínicas puede diferir en las quirúrgicas.

Otro limitante es la patología, sea ésta aguda o crónica, ya que requiere diferente resolución.

La falta de colaboración de pocos pacientes que demoró la recolección de la información, por desconfianza, temor a represalias por parte del médico y falta de tiempo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El grupo etario que predominó fue de 50- 64 años, de sexo masculino (67.8%), alto grado de instrucción (92%) y atención subsecuente (52.3%).

2. Los médicos de sexo femenino tuvieron una mejor relación médico paciente, con un puntaje promedio de 27,33 puntos.

3. No hubo diferencias significativas entre el puntaje promedio que valoró la calidad de la relación médico paciente y especialidades clínicas, sexo del paciente y del médico.

4. La percepción de la calidad sobre la relación médico paciente fue adecuada (99.6%) y el tipo fue Dominante(83.7%) de acuerdo a las escalas utilizadas.

5. La percepción de la calidad de la relación médico paciente fue adecuada en pacientes con alto grado de instrucción (puntaje promedio de 27,29 puntos) y los que eligieron a su médico(puntaje promedio de 27,49 puntos), con diferencias significativas.(valor de p 0,01)

RECOMENDACIONES

Al médico:

1. Es importante un ambiente de respeto, individualizar a cada ser humano, dar el valor que cada uno se merece.
2. Demostrar empatía en todas las consultas, generando un ambiente de confianza, mejorando la relación médico paciente.
3. Expresar de forma clara y concreta la situación que le ocurre al paciente, brindando tiempo adecuado para que pueda aclarar sus dudas.

Al paciente:

1. Expresar sus opiniones oportunamente, participando en la toma de decisiones para su bienestar.

A la institución de salud:

1. Realizar talleres de educación continua para fortalecer la relación médico paciente.
2. Evaluación formativa constante del desempeño del personal médico por parte del hospital
3. Aplicar este cuestionario a nivel público y privado, independientemente de la especialidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

-Al-Tannir M, AlGahtani F, Abu-Shaheen A, Al-Tannir S, AlFayyad I. (2017). "Patient experiences of engagement with care plans and healthcare professionals' perceptions of that engagement",BMC Health Services Research 17:853

DOI 10.1186/s12913-017-2806

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29284485

-Arriagada S.,J. (2016). Buenas Prácticas En Cirugía Estética: Algunas Consideraciones desde La Bioética. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *27*(1), 113–121. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.01.014

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016000158

-Arrubarrena,V (2011)," Relación médico paciente",Volumen 33, Supl. 2 .

http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf

-Azcarate E; Hernández I, Guzmán M (2014). Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. Atención Familiar, *21*(3), 83–85.

https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30023-2

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300232?via%3Dihub

-Ávila-JC. (2017) La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia. Abr-Jun30 (2):216-229.

DOI 10.17533/udea.iatreia. v30n2a11.

http://www.redalyc.org/pdf/1805/180550477011.pdf

-Baquero J, Callizo A, Carballo F, Cerame del Campo A, Duque V, García M, Hernández J, Oteo L, Rodríguez J, Romero S, Piñas A, Vargas J, Martínez P, Matesanz R (2017). La Relación Médico Paciente como Patrimonio Cultural.

Retrieved from:

https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/La Relacion medico-paciente.pdf

-Benavides, A(2016);" Relación médico paciente desde la percepción de los usuarios y médicos durante la consulta general en el área de consulta externa de la clínica médica previsional, MINSA, filial estelí en el ii semestre 2016.

http://repositorio.unan.edu.ni/7813/1/t915.pdf

-Beratarrechea A, Boissonet C, Valenti L., Ferrante D, Moral M (2016); "Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, Manejo integral en el primer nivel de atención: Argentina – 1ª ed . 1ª reimp. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles: Organización Panamericana de la Salud; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000989cnt-2017-08-16_manual-cuidado-integral-personas-adultas.pdf

-Bernal I, Pedraza N, Lavín J (2016) "Calidad percibida de los servicios de salud por usuarios afiliados al seguro popular", Centro de Innovación y Transferencia del Conocimiento-Universidad Autónoma de Tamaulipas; México.

http://www.web.facpya.uanl.mx/vinculategica/Revistas/R2/630-654%20-%20Calidad%20percibida%20de%20los%20servicios%20de%20salud%20por%20usuarios%20afiliados%20al%20seguro%20popular.pdf

-Bos-Touwen I, Trappenburg J ,Van der Wulp I , Schuurmans M , De Wit N (2017) Patient factors that influence clinicians' decision making in self-management support: A clinical vignette study. PloS ONE 12(2): e0171251. Doi:10.1371/journal.pone.0171251

http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0171251&type=printable

- Casanova J (2017);"Factores asociados en la percepción del médico sobre la relación médico-paciente", Horiz. Med. Vol.17 no.3.

http://dx.doi.org/100.24265/horizmed.2017.v17n3.08

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727558X2017000300008&script=sci_arttext

-Celedón C (2016), "Relación médico paciente", Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 76: 51-54.

https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v76n1/art07.pdf

-Coppolillo F (2018). Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar y General, [S.l.], v. 10, n. 1, ene. ISSN 1852-656X.

Disponible en: http://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/59/51

-Cuba M, Contreras J, Ravello P, Castillo M, Coayla S;(2016); "La medicina centrada en el paciente como método clínico", Rev Med Hered. 27:50-59.
http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a09v27n1.pdf

-Drane J. (2012) La Historia de la Bioética: Perspectiva Personal. Pag. 21-31. Bioética Clínica. Beca, JP; Astete, C. Editorial Mediterráneo.

- De Freitas Drumond, JG(2015)" ¿Será la medicina defensiva el futuro de la medicina?, Gac. int. cienc. forense ISSN 2174-9019, Gerais, Brasil.

https://www.uv.es/gicf/1Ed2_Drumond_GICF_14.pdf

-Donoso-Sabando CA (2014). La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. pers.bioét; 18(2). 184-193.

DOI: 10.5294/pebi.2014.18.2.8

http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v18n2/v18n2a08.pdf

-Escobar C, Barrios V, Cosin J, Marzal D, Calderón A (2017) Cartas científicas / Rev Esp Cardiol;70 (2):121–129

http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90460580&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=41&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v70n02a90460580pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publi_pdf

-Fernández J, Gonzáles M, Gómez T, Fernández E, Pajares G, Moreno B (2010); Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire; Aten Primaria. 42(4):196–205

https://ac.els-cdn.com/S0212656709006349/1-s2.0-S0212656709006349-main.pdf?_tid=9a958705-395c-4dfc-a8fc-97c46bed9f3a&acdnat=1521777112_91a54bc11fea1193c91963eddbfa0ae9

-Fix G. M, VanDeusen C, Bolton RE, Hill JN, Mueller N, LaVela SL, Bokhour BG (2018). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expectations*, *21*(1), 300–307.

https://doi.org/10.1111/hex.12615

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28841264

-Forguione-Pérez, V. P. (2015). Comunicación entre médico y paciente_ más allá de una consulta, un proceso educativo _ Forguione-Pérez _ REVISTA MÉDICAS UIS. *MÉD.UIS.*, *28*(1), 7–13.

http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a01.pdf

Gérvas, J(2016), "La sociedad está afectada, actualmente, por una epidemia de sobrediagnóstico de enfermedades". Organización Médica Colegial, Córdoba, España.

http://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-juan-gervas-la-sociedad-esta-afectada-actualmente-por-una-epidemia-de-sobrediagnostico

-Girela, B, Rodríguez M, López E (2018) "La relación médico-paciente analizada por estudiantes de medicina desde la perspectiva del portafolio", Cuadernos de Bioética; 29(95): 59-67, Universidad de Córdoba, España.

http://aebioetica.org/revistas/2018/29/95/59.pdf

-González, I.C., Bustamante J.J, Jiménez U, Gámez C.H.(2014). Psiquiatría de Enlace. Experiencia en el Hospital General de México.

http://dx.doi.org/10.1016/j.hgmx.2014.08.005

-Grönloh, C, Myreteg G, Cajander Å, Rexhepi H(2018). "why do they need to check me?" patient participation through ehealth and the doctor-patient relationship: Qualitative study. Journal of Medical Internet Research, 20(1).

doi: 10.2196/jmir.8444.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29335237

-Hamui A, Grijalva M, Paulo A, Dorantes P, Sandoval E , García S , Durán V , Hernández I (2015).Three dimensions of the physician-patient communication : biomedical, emotional and cultural identity. *Revista Conamed*, *20*, 17–26.

http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs conamed/index.php/revconamed/article/view/48/119

-Hardy A.E, Rovelo J. (2015). Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Medicina e Investigación*, *3*(1), 79–84.

https://doi.org/10.1016/j.mei.2015.02.007

http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-moral-etica-bioetica-un-punto-S2214310615000084

-Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014);" Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud"; Perú.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1192/libro.pdf

-Kelley M, James C, Alessi S, Korngiebel D, Wijangco I, Rosenthal E, Joffe S, Cho MK, Wilfond B, Lee SS. (2015). Patient Perspectives on the Learning Health System: the Importance of Trust and Shared Decision Making. The American Journal of Bioethics : AJOB, 15(9), 4–17.

doi: 10.1080/15265161.2015.1062163

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26305741

-Kristensen M, Hazelton H, Waldorff FB, Guassora AD(2017). "How general practitioners perceive and assess self-care in patients with multiple chronic conditions: a qualitative study BMC Family Practice 18:109

doi: 10.1186/s12875-017-0679-0.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29273001

-Indacochea-Cáceda, S. (2017).Reflexiones sobre la relación médico paciente. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, *17*(1). https://doi.org/10.25176/RFMH.v17.n1.753

http://v-beta.urp.edu.pe/pdf/id/9184/n/reflexiones-sobre-la-relacion-medico-paciente.pdf

-Lan Y & Yan Y. (2017). IMedPub Journals The Impact of Trust , Interaction , and Empathy in Doctor-Patient Relationship on Patient Satisfaction Keywords :, 1–7.

doi: 10.21767/2574-2825.100015

http://www.imedpub.com/articles/the-impact-of-trust-interaction-and-empathy-in-doctorpatient-relationship-on-patient-satisfaction.php?aid=19328

Levine D, Landon B, Linder J(2017); "Trends in Patient-Perceived Shared Decision Making Among Adults in the United States, 2002-2014", *Ann Fam Med* ;15:552-556. doi: 10.1370/afm.2132

http://www.annfammed.org/content/15/6/552.full

-Lozic S, Aravena P, Martínez N, Proboste C, Pinto N, Albornoz G, Larraguibel P (2017). ¿La imagen importa? Influencia de la vestimenta del traumatólogo en la elección y confianza del paciente. *Revista Médica de Chile*, *145*(8), 987–995.

https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000800987

https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n8/0034-9887-rmc-145-08-0987.pdf

-Maestro B (2012) "Sociología de las relaciones humanas. La relación médico paciente ", Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.

http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500640/n6.7_Sociolog__a_de_las_relaciones_humanas.pdf

-Mármol, M& Muñoz R (2017), "Factores relacionados con la satisfacción en consultas externas en Hospitales de Madrid, Universidad de Costa Rica.

https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5774441

-Mejía A & Romero Zepeda, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. Rev. Med. Electrón, 39, 832–842.

http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39s1/rme160117.pdf

-Mendoza F, Alfonso. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 63(4), 555-564.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007&lng=es&tlng=es.

-Mendoza C, Ramos C, Gutiérrez E (2016).Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. Horiz. Med. vol.16 no.1 Lima.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100003

-Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013) "Instructivo para el llenado del registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias".

https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/instructivo-rdaca__final_04_09_2013.pdf

-Moore Philippa, Gómez G, Kurtz S, Vargas A (2010); "La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?"; Rev Med Chile; 138: 1047-1054

https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n8/art16.pdf

- Mostafaie, H, Parniyanfard N , Ghojazadeh M , Pourmalek A , Madanlou K , Abbaspour M , Pashazadeh F , Hajebrahimi S , Hajebrahimi A (2014). Shared decision-making and its correlation with demographic characteristics of Iranian patients. *British Journal of Medicine and Medical Research*, *4*, 3140–3147

https://www.researchgate.net/publication/316430945_Shared_Decision-Making_and_Its_Correlation_with_Demographic_Characteristics_of_Iranian_Patients

-Murgic, L, Hébert P, Sovic S, Pavlekovic G (2015). Paternalism and autonomy: Views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. BMC Medical Ethics, 16(1).

https://doi.org/10.1186/s12910-015-0059-z

https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-015-0059-z

-Nuñez R, Arias M, Sánchez N, Hernández T , Bustamante V , Reupo M ,Díaz C (2015), "Relación Médico-Paciente Desde La Perspectiva Del Paciente En El Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo , Rev Exp Med 1(1).

http://www.rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/12/12

-Oliveira, J. F. de. (2014).The effect of the internet on the patient-doctor relationship in a hospital in the city of São paulo. *Journal of Information Systems and Technology Management*, *11*(2), 327–344.

http://dx.doi.org/10.4301/S1807-17752014000200006

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-17752014000200327

-Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar M, Hassell T, Wyss F, Hennis A, Asma S, Angell S (2016) for the Standardized Hypertension Treatment and Prevention Network. Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project. J Clin Hypertens (Greenwich);18(12):1284–1294.

DOI: 10.1111/jch.12861

iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34004

Rodríguez S, Almeida J, Cruz J, Martínez D (2014) El método clínico y la creciente presencia tecnológica en la cardiología ¿relación excluyente?,Cor Salud Jul-Sep;6(3):235-245

http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2014/v6n3a14/clinico.html

-Rollow W & Cucchiara P (2016). Achieving Value in Primary Care: The Primary Care Value Model.

doi: 10.1370/afm.1893

http://www.annfammed.org/content/14/2/159

-Sánchez D &Contreras (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica Physician-patient relationship and its significance in medical practice. Revista Cubana de Medicina Militar, 43(4), 528–533.
Retrieved from http://scielo.sld.cu

http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2014/cmm144k.pdf

-Sementilli N & Vicco M (2018); "Paradigma médico actual y su implementación: relación médico - paciente establecida en servicios de salud pública", Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina. Vol. 6 / Número 3.
.https://www.researchgate.net/publication/324278654_Paradigma_medico_actual_y_su_implementacion_relacion_medico_paciente_establecida_en_servicios_de_Salud_Publica

- Stegmann, J (2014); "Y usted... ¿entiende las explicaciones de su médico?, Resumen de Prensa, España.
https://www.coento.com/uploads/tx_icticontent/PRENSA_SEMANA_28_DE_JUNIO_AL_4_DE_JULIO.pdf

-Suárez M (2012). Medicina centrada en el paciente. *Revista Médica La Paz*, *18*(1), 67-72. Recuperado en 30 de octubre de 2018
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000100011&lng=es&tlng=es.

-Thom D, Wolf J, Gardner H, DeVore D, Lin M, Ma A, Ibarra A, Saba G (2016); "A Qualitative Study of How Health Coaches Support Patients in Making Health-Related Decisions and Behavioral Changes", *Ann Fam Med* ;14:509-516.

doi: 10.1370/afm.1988.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28376437

Vargas V, Valecillos J, Hernández, C (2013). “Calidad en la prestación de servicios de salud: parámetros de medición”. Revista de Ciencias Sociales, XIX(4), 663–671.

Retrieved from http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474005

http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474005

-Vučemilović M, Mahmić M, Pavličević I (2016); “Transition from paternalism to shared decision making, a review of the educational environment in Bosnia and Herzegovina and Croatia”, Acta Medica Academica;45(1):61-69

DOI: 10.5644/ama2006-124.157

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27284799

-Waizmann, V, Doran J, Bolger K, Gómez J, Safran J, Roussos A (2015). Escala de negociación de la alianza terapéutica (ANS-A): evidecias de su validez y confiabilidad. *Revista Argentina De Clinica Psicologica*, *XXIV*(3), 243–254.

http://www.redalyc.org/pdf/2819/281946988006.pdf

-Wong-Rieger D (2012), “Patient empowerment- Living with chronic disease”. European Network on Patient Empowerment.

http://www.careum.ch/documents/20181/83220/Paper+Patient+Empowerment+Enope+Congress+2012/13764448-46d3-442e-ad13-5b6f9e1ef8ca?version=1.0

-Zapata J, Chávez M, Petrzelová J, Villanueva G, Hernández L (2016); “Prácticas de autocuidado de la salud en el ciclo vital “. Investigación y práctica en psicología del desarrollo.

http://revistas.psico-ags.net/index.php/ippd/article/vie

- Zambelli R, Ferreira M, Oliveira V, Franco M, Adams R, Maher C, Ferreira P (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, *58*(2), 77–87.

https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70087-5

ANEXOS

ENCUESTA PREMEPA

Bloque I: Datos generales del paciente

Las siguientes preguntas son necesarias para comprender las características del entrevistado y sólo serán usadas con el fin de esta investigación.

Sexo del paciente: 1. Femenino ☐ 2. Masculino ☐

Edad _____

Tipo de paciente:

0. Paciente nuevo ☐

1. Continuador ☐

2. Chequeo médico ☐

Grado de estudios que alcanzó (Agregue "I" si es incompleta):

1.Ninguno ☐

2.Primaria ☐

3.Secundaria ☐

4. Estudios superiores ☐

Bloque II: Datos generales de su médico

Las siguientes preguntas son necesarias para comprender las características del médico que atendió al entrevistado.

Sexo del médico: 1. Femenino ☐ 2. Masculino ☐

En esta oportunidad Ud. eligió al médico: 1. No ☐ 2. Si ☐

Número de consultas anteriores:

☐ 1.Ninguna

☐ 2. 1-4

☐ 3. Más de 4

Señale la especialidad clínica a la que acudió para consulta médica:

☐ Medicina Familiar

☐ Medicina Interna

☐ Dermatología

☐ Endocrinología

☐ Psiquiatría

Bloque III: Percepción de la Relación médico-paciente:

1.- Antes de venir ¿acudió a buscar otro tipo de ayuda para su problema de salud?

0. No ☐ 1Sí ☐ , Porque eligió venir acá? _____

2.- Con respecto al respeto y la cortesía, ¿Qué tan bien lo trató el médico?

0. No fue cortés, ni respetuoso ☐
1. Fue muy poco cortés y respetuoso ☐
2. Medianamente respetuoso y cortés ☐
3. Fue muy respetuoso y cortés. ☐

3.- En el aspecto de escuchar, ¿Qué nos puede decir del médico que lo atendió?

0. No me dejo hablar ☐
1. Si me escuchó, pero poco ☐
2. Me dejo hablar, pero no escuchó todo lo que quería decir. ☐
3. Me escuchó todo lo que quería decirle. ☐

4.- En el aspecto de comprensión hacia Ud., ¿Qué tan comprendido se sintió cuando estaba con el médico?

0. No me comprendió ☐
1. Me comprendió, pero poco ☐
2. Sí me comprendió, pero no totalmente ☐
3. Me sentí totalmente comprendido ☐

5.- En el aspecto de sensibilidad hacia su problema, ¿Qué tan sensible fue su médico?

0. No fue sensible ☐

1. Fue poco sensible ☐

2. Medianamente sensible ☐

3. Totalmente sensible ☐

6.- En el aspecto confianza en su capacidad profesional, ¿Qué tanta confianza le tiene ahora al médico que lo atendió?

0. No le tengo confianza ☐

1. Muy poca ☐

2. Mediana ☐

3. Confío plenamente ☐

7.- En el aspecto explicación de su problema de salud, entendió la explicación del médico?

0. No me explicó ☐

1. Entendí muy poco ☐

2. Medianamente ☐

3. Entendí claramente ☐

8.- En el aspecto explicación del procedimiento a seguir con Ud., entendió la explicación del médico?

0. No entendí nada ☐

1. Entendí muy poco ☐

2. Medianamente ☐

3. Entendí claramente ☐

9.- ¿Estuvo conforme con los procedimientos del médico?

0. No ☐ 1. Sí (Pase a la pregunta 12) ☐

10.- ¿Le pidió otras opciones de procedimiento?

0. No ☐ Pase a la pregunta 12) 3. Sí ☐

11.- ¿El médico le dio otras opciones? 0. No ☐ 1. Sí ☐

12.- ¿Recomendaría Ud. a un familiar o amigo que se atienda con el mismo médico que la atendió hoy?

3. Sí ☐

0. No ☐

13.- Por favor, califique del 0 al 3 su satisfacción en esta consulta: _____

0. Malo ☐

1. Regular ☐

2. Buena ☐

3. Muy buena ☐

De los siguientes enunciados, escoja la respuesta totalmente de acuerdo o totalmente en desacuerdo según responda mejor a su experiencia y expectativas.

Pregunta	**Totalmente de acuerdo**	**Totalmente en desacuerdo**
En relación al diagnóstico y tratamiento		
1. Buen médico es aquel que decide en mi salud		
2. Acepto las indicaciones dadas por mi médico.		
3. Prefiero que mi médico decida en el diagnóstico y tratamiento de mi enfermedad.		
En relación a la toma de decisiones		
1. Indico a mi médico mis decisiones para el tratamiento de mi enfermedad.		
2. Comunico a mi médico los exámenes que deseo realizarme para el diagnóstico y tratamiento de mi enfermedad.		
3. Elijo al médico que me escucha y acepta mis opiniones en el cuidado de mi salud.		
En relación a la comunicación verbal		

1. La buena comunicación entre mi médico y yo lleva a un buen diagnóstico y tratamiento de mi enfermedad.		
2. Mi médico y yo decidimos sobre mi diagnóstico y tratamiento a seguir.		
3 Prefiero resolver mis problemas de salud conjuntamente con mi médico.		
En relación a la asignación por parte del sistema de salud		
1.Mi médico asignado por el sistema de salud tiene la obligación de atenderme		
2. Acepto ser atendido por un médico asignado por el sistema de salud		
3. Prefiero que mi médico asignado por el sistema de salud sea siempre el mismo que me atienda.		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros, María José Vicuña y Emilia Velasco, residentes de tercer año del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estamos realizando un proyecto de investigación sobre Percepción de la calidad y tipo de relación médico paciente en las personas entre 18-64 años de edad que acuden a la Consulta Externa de las diferentes especialidades clínicas en el Hospital Vozandes Quito, en el período comprendido Abril- Junio 2018.

Tomando en cuenta que la relación médico paciente es muy importante para establecer un ambiente de confianza, empatía y conocimiento acerca de su condición y la toma conjunta de decisiones para su tratamiento, cuidado y manejo de sus síntomas y posterior seguimiento.

Su opinión es vital para nosotros, porque sus aportes nos ayudan a prestar un mejor servicio y fortalecer el vínculo que tiene con su médico, cumpliendo el objetivo de brindarle una atención oportuna , aclarar sus dudas, que usted adquiriera mayor conocimiento sobre su enfermedad para un control más adecuado de la misma.

PROPÓSITO:

La relación médico paciente es aquella que se establece entre dos personas, en donde cada uno se compromete por una causa común, que es devolverle la salud al paciente.

INTERVENCIÓN A REALIZARSE EN LA INVESTIGACIÓN

Para la realización de esta investigación, se requiere la aplicación de una encuesta.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Invitamos a todos los pacientes de 18-64 años de edad, que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar, Medicina Interna, Dermatología, Endocrinología, Psiquiatría en el Hospital Vozandes Quito.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en este trabajo de investigación es voluntario. Respetamos su decisión, no obstante al llenar la encuesta, nos proporciona información valiosa para afianzar y mejorar la relación con su médico, incrementando la confianza en el mismo, para que usted retorne en otras oportunidades, lo cual beneficia su salud.

DURACIÓN:

La aplicación de la encuesta tendrá una duración aproximada de 5 min.

RIESGOS:

No se ha identificado riesgos para el paciente en el desarrollo de la presente investigación.

BENEFICIOS:

Identificar la calidad y el tipo de relación médico paciente que influyen en el mantenimiento y mejora de su salud.

CONFIDENCIALIDAD

La información que usted proporcione es confidencial, a la que tendrán acceso únicamente las investigadoras

ATENTAMENTE

María José Vicuña L.

Emilia Velasco G.

R3 Medicina Familiar y Comunitaria

Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO.

He sido invitado a participar en la investigación sobre Percepción de la calidad y tipo de la relación médico paciente.

He recibido información sobre la presente investigación y la aplicación de una encuesta para la realización de la misma.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de aclarar mis inquietudes y se me ha contestado favorablemente.

Por lo que acepto participar voluntariamente en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma.

Nombre del Participante_____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto

Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debe seleccionarse por el participante). Los participantes deberán incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha manifestado su aceptación libremente.

Nombre del testigo_____ y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

María José Vicuña Emilia Velasco