



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**Facultad de Medicina**

**Carrera de Medicina**

“Percepciones sobre la experiencia  
del médico rural y el uso del paradigma  
biopsicosocial: estudio de caso facultad de  
medicina de la Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador (PUCE) en el período  
2021-2022”

**AUTORAS: ALISSON ENOE LÓPEZ CARRERA;  
EMILY JAZMIN MEJIA ORTIZ**

**DIRECTOR: DR. PATRICIO TRUJILLO (PHD)**

**QUITO 2022**

## **DEDICATORIA**

*Esta tesis es dedicada a Dios por la bendición de cumplir nuestros más anhelados sueños, gracias a él estamos cumpliendo nuestros sueños de infancia y seguir este camino de perseverancia y que hoy es una realidad el dedicarnos a lo que hemos querido para nuestra vida.*

*Le dedicamos la culminación de esta carrera y el resultado de este trabajo a nuestra familia, en especial a nuestros padres quien han sido nuestra guía, pilar fundamental y amor incondicional en este sacrificado camino a ser médicas.*

***Alisson Enoe López Carrera & Emily Jazmín Mejía Ortiz***

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradecemos a Dios, por guiarnos, ser nuestro refugio y luz en los momentos de oscuridad, gracias a su amor infinito hemos logrado obtener lo soñado.*

*Agradecemos a nuestra familia por perdonar nuestras ausencias, nuestro poco tiempo y nuestro mal humor, estábamos convirtiéndonos en mejores personas y profesionales.*

*Agradecemos a nuestros padres quienes nos han apoyado en todo momento, ante cualquier circunstancia con el fin de hacernos felices y vernos realizadas en esta vida, todo logro nuestro es gracias a ustedes.*

*Agradecemos a nuestros hermanos, compañeros de vida, Brenda, Agustín, Juan Pablo, Yuliana e Isabella, quienes han sido nuestro soporte, quienes vivieron nuestras frustraciones y supieron estar con nosotras sin soltarnos la mano.*

*Agradecemos a nuestros amigos, quienes con el tiempo se han convertido en nuestros hermanos, con los que compartimos sentimientos de incertidumbre, ansiedad y sobre todo felicidad, fueron y serán nuestro más grande apoyo y fortaleza.*

*Agradecemos a nuestros profesores, quienes no solo impartieron su conocimiento, sino que nos ayudaron a adentrarnos en este mundo de la medicina a través de sus vivencias y nos motivaron a continuar con nuestros sueños.*

*Agradecemos a nuestro tutor, Dr. Patricio Trujillo, quien ha sido un guía y apoyo en la realización de esta investigación, gracias por darnos su tiempo y paciencia, sin su ayuda esto no sería posible.*

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>RESUMEN</b>	6
<b>Introducción:</b>	6
<b>Abstract</b>	8
<b>1 CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN</b>	11
1.1 Título de la investigación	11
1.2 Introducción	11
1.3 Justificación	19
<b>2. CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b>	20
2.1 Marco teórico	20
2.1.1 El paradigma biomédico	20
2.1.2 El paradigma biopsicosocial	21
2.1.3 La educación médica en el Ecuador	22
2.1.4 Año de salud rural	22
<b>3. CAPÍTULO III METODOLOGÍA</b>	24
3.1 Metodología	24
3.1.1 Hipótesis	24
3.2 Objetivos	24
3.2.1 General:	24
3.2.2 Específicos:	24
3.3 Tipo y diseño de estudio	25
3.4 Población y muestra	26
3.4.1 Población	26
3.4.2 Muestra	26
3.5 Criterios de inclusión de los participantes	27
3.6 Criterios de exclusión de los participantes	27
3.7 Plan de recolección de la Información	27
3.8 Operacionalización de variables	28
3.9 Plan de análisis	30
3.9.1 Plan de análisis de datos	30
3.10 Aspectos bioéticos	32

<b>4. CAPÍTULO IV RESULTADOS</b>	32
4.1 Resultados	32
<b>5. CAPÍTULO V DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	45
5.1 Discusión	45
5.2 Conclusiones	47
5.3 Recomendaciones	48
<b>6. CAPÍTULO VI REFERENCIAS</b>	49
<b>7. CAPÍTULO ANEXOS</b>	56
7.1 Consentimiento informado	56
7.2 Entrevista:	60

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de la muestra	26
Tabla 2 Operacionalización de variables	28

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Percepciones de la salud en la comunidad rural	35
Ilustración 2 Principales enfermedades y tratamiento	37
Ilustración 3 Factores que han influido en su formación profesional	39
Ilustración 4 Percepción sobre factores que han ayudado al tratamiento de pacientes	40
Ilustración 5 Percepción sobre si su formación les permite cumplir con su labor profesional	41
Ilustración 6 Percepción sobre los factores que influyen en la enfermedad	42
Ilustración 7 Percepción sobre su formación médica	43
Ilustración 8 Percepción sobre la mejor experiencia o aprendizaje como médico rural	45
Ilustración 9 Conexiones entre nodos sobre la formación biopsicosocial	46
Ilustración 10 Conexiones entre nodos sobre año de salud rural	47

## **RESUMEN**

**Introducción:** A lo largo de la historia, el conocimiento y formación médica han estado en constante evolución. De igual forma, los conceptos sobre salud, enfermedad y atención han sido sujetos a cambios gracias a la investigación y tecnología. La educación médica, ha cambiado con el paso del tiempo y las escuelas de medicina han formado médicos con diversas prácticas, algunas con conocimientos únicamente relacionados a interpretar la enfermedad; y, otros formados desde paradigmas humanistas que entienden al paciente como un ser biopsicosocial, y la salud y enfermedad asociados a estos determinantes. (Cepero, Mederos, Hidalgo, 2005)

El modelo biomédico, se presenta aún como el predominante en la medicina, considera a la enfermedad como una disfunción orgánica, en este modelo se centra en las dolencias y ve al cuerpo humano como una máquina y a la enfermedad como el producto de una disfunción mecánica, molecular, que los médicos deben corregir. Por ende, la orientación del modelo biomédico es hacia el origen de la enfermedad, centrándose únicamente en la parte biológica, a buscar el defecto que genera la enfermedad, más no hacía entender que el sujeto de interés es el enfermo más no la enfermedad. En las últimas décadas, la medicina ha tenido una profunda transformación por los avances tecnológicos científicos, partiendo de lo macro hacia lo micro, entendiendo que hay procesos fisiológicos que dependen de cargas, iones, transporte de proteínas, etc., haciendo que cada vez nos olvidemos de que el sujeto en enfermedad es un ser humano, y el ser humano es un ser biopsicosocial con interacciones sociales, rodeado de un medio ambiente, económico, político, social, no solo un ente biológico.

George Engel, en los años 70 del siglo pasado, propuso el modelo o paradigma biopsicosocial, considerado como una filosofía del cuidado clínico y también como una guía de práctica

clínica, donde se plantea que la aparición de una enfermedad desencadena un conjunto de factores, en los cuales destacan los biológicos, individuales y sociales, además considera que los factores psicosociales pueden determinar la susceptibilidad, la severidad y tener un papel fundamental en el curso de la enfermedad o de la curación. (Bolton, 2020)

**Objetivo:** Describir las percepciones y experiencias del médico rural graduado en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) en el periodo 2021-2022.

**Metodología:** Se realizó una entrevista a profundidad con preguntas abiertas a 167 médicos rurales de tres cohortes (enero 2021, septiembre 2021, enero 2022). La entrevista tenía 8 preguntas, elaboradas con la finalidad de analizar las experiencias y percepciones sobre el trabajo del médico rural graduado en la PUCE, la aplicación y uso del paradigma biopsicosocial en su formación y actividades como profesional, focalizando la relación al continuum médico-paciente y salud- enfermedad-tratamiento. Toda la información cualitativa obtenida fue sistematizada con ayuda del programa informático Atlas-TI.

Los resultados obtenidos con esta tesis serán de relevancia para evaluar el impacto positivo o no del uso del modelo biopsicosocial en la formación de profesionales médicos de la facultad de medicina de la PUCE.

**Resultados:** Se obtuvo una percepción positiva de los médicos rurales formados en la PUCE con respecto al modelo de enseñanza biopsicosocial que imparte la facultad, en comparación con el desempeño de otros profesionales de la salud graduados en otras universidades. Además, la influencia de diferentes factores durante el pregrado como el contacto temprano con pacientes, IDIS, ABP y el enfoque psicosocial, han ayudado a dar un manejo integral a cada paciente.

**Conclusiones:** Los médicos rurales graduados en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador consideran que el paradigma biopsicosocial les ha permitido cumplir de forma complementaria y óptima su labor en su año de salud rural, es así como han podido brindar un abordaje integral, tener una buena relación médico paciente, brindar educación a su comunidad y poder tratar las enfermedades más prevalentes en su comunidad.

**Palabras Clave:** modelo biopsicosocial, percepciones, experiencias, año de salud rural.

### **Abstract**

**Background:** Throughout history, medical knowledge and training have been constantly evolving. Similarly, the concepts of health, disease and care have been subject to change thanks to research and technology. Medical education has evolved over time and medical schools have trained doctors with various practices, some with knowledge only related to interpreting the disease; and, others formed from a humanist paradigm that understands the patient as a biopsychosocial being, and the health and disease associated with these determinants. (Cepero, Mederos, Hidalgo, 2012)

The biomedical model, still presented as the predominant one in medicine, considers disease as an organic dysfunction, in this model focuses on ailments and sees the human body as a machine and disease as the product of a mechanical, molecular dysfunction, which doctors must correct. Therefore, the orientation of the biomedical model is towards the disease at its origin, focusing only on the biological part, to look for the defect that generates the disease, but does not imply that the subject of interest is the patient but not the disease. This is how medicine has evolved, going from the macro to the micro, understanding that there are physiological processes that depend on charges, ions, protein transport, etc., making us

increasingly forget that the subject in disease is a human being, and the human being is a biopsychosocial being with social interactions, surrounded by an environment, not just a biological entity.

In the 70s the biopsychosocial model was proposed by Dr. George Engel, considered as a philosophy of clinical care and also as a clinical practice guide, where it is considered that the appearance of a disease is triggered by a set of factors, in which biological, individual and social factors stand out, also considers that psychosocial factors can determine susceptibility, severity and having a fundamental role in the course of the disease. (Bolton, 2020)

**Objective:** To describe the perceptions and experiences of the rural doctor graduated from the Faculty of Medicine of the Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) in the period 2021-2022.

**Methodology:** The Interviews were sent to 167 rural doctors from three cohorts (January 2021, September 2021, and January 2022), through an interview consisting of 8 open questions that will allow us to analyze the experiences and perceptions about the work of rural doctors who graduated from PUCE, the application and use of the biopsychosocial paradigm in his training and activities as a professional, focusing on the relationship to the doctor-patient and health-disease-treatment continuum. All the information obtained will be systematized with the help of the Atlas-TI computer program.

The results obtained with this thesis will be highly relevant to evaluate the biopsychosocial model of the PUCE School of Medicine.

**Results:** A positive perception of the rural doctors of the PUCE was obtained regarding the biopsychosocial paradigm that the faculty teaches in medical training and its relationship with the performance of health professionals. In addition, the influence of different factors during

the undergraduate course such as early contact with patients, the ABP, and the psychosocial approach have helped to give integral management to each patient.

**Conclusions:** Rural doctors graduated from the Pontificia Universidad Católica del Ecuador consider that the biopsychosocial methodology has allowed them to optimally fulfill their work in their rural health year, this is how they have been able to provide a comprehensive approach, have a good doctor-patient relationship, provide education to their community and be able to treat the most prevalent diseases in their community.

**Keywords:** Biopsychosocial paradigm, perceptions, experiences , rural health year.

# **1 CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN**

## **1.1 Título de la investigación**

“Percepciones sobre la experiencia del médico rural y uso del paradigma biopsicosocial: Estudio de caso en la facultad de medicina de la Pontificia Universidad católica del Ecuador en el periodo 2021-2022”

## **1.2 Introducción**

Esta parte introductoria, presenta una descripción histórica sobre el desarrollo de las diversas pedagogías, modelos o paradigmas en el área de la salud, tratando hechos importantes durante la historia de la medicina, el continuo desarrollo de la misma hasta la actualidad y cómo esta evolución ha influido en la educación médica moderna.

A lo largo de la historia de la educación médica se han desarrollado diferentes modelos o paradigmas educativos en las facultades de medicina alrededor del mundo. Para entender mejor definimos “modelo educativo” según la Real Academia de la lengua (RAE,2016) como una herramienta conceptual, un conjunto de atributos que caracterizan el proceso de la educación y formación. También el modelo educativo es un paradigma, una visión sintética de teorías o enfoques pedagógicos que orientan a los especialistas y a los profesores en la sistematización del proceso de enseñanza-aprendizaje (Molina, 2018).

Remontando en la historia la pedagogía médica data alrededor del siglo VI antes de Cristo en la Grecia antigua donde enseñaba Hipócrates, en la cual se caracterizaba por el aprendizaje vicario o discipular donde se incluía: la observación es decir “ve como lo hago para que tú lo hagas después”, también la experiencia clínica como base donde Aristóteles mencionaba que los médicos no se hacen por el estudio de los libros si no por la práctica y experiencia clínica.

Galeno insistía en que el verdadero médico debía ser un filósofo capaz de tratar la enfermedad y a la vez explicarla. También durante esta época se incluía lazos estrechos entre alumnos y profesores lo que se definió incluso como ideal ético que se incluye en el juramento hipocrático.

Este modelo de aprendizaje funcionó hasta la primera edad media, es decir alrededor del siglo V. A partir de esto se produce un primer cambio durante la aparición de los primeros hospitales docentes durante el imperio bizantino. Otro gran cambio constituye la aparición del primer centro laico de enseñanza médica en Europa Occidental, la escuela de Salerno que perduró hasta la aparición de universidades ya conformadas como una comunidad de alumnos y maestros que surgieron en París, Bolonia y Oxford. Durante el renacimiento ya aparece el humanismo médico, enseñanza de la anatomía humana, desarrollo de la botánica y la enseñanza clínica junto al lecho del enfermo (Valdez, 2004).

Durante el siglo XVIII y XIX se incorporaron los hospitales a las universidades con el fin de unir la enseñanza teórica a la práctica así se generaron cambios en la manera de ver a la enfermedad desarrollando el modelo anatomo-clínico que se caracteriza por la experiencia práctica junto al lecho del enfermo. Pronto surgió una mentalidad más fisiopatológica caracterizado por la enseñanza de las ciencias básicas como son la fisiología, química, física y patología celular.

A partir de esto, surgió el debate sobre cuál es la mejor manera de desarrollar la pedagogía médica, así unos defendían la importancia de la habilidad práctica y otros la capacidad investigadora y teórica. Durante el siglo XX se modificó la enseñanza médica, ya que al inicio se entendía a la medicina como una ciencia natural centrada en pacientes aislados, es decir cuerpo y cura de enfermedades, luego se difundió la concepción de la medicina como ciencia social basada en la prevención, salud pública y orígenes de la enfermedad.

A principios del siglo XX la educación médica se guio por principios de Abraham Flexner y William Osler. Flexner (1910) defendió el modelo de enseñanza relacionado con las ciencias básicas-clínicas y la investigación mientras que Osler defendió la enseñanza junto a la cama, poniendo a los estudiantes de medicina en contacto directo con los pacientes y aprendiendo medicina a partir de la experiencia clínica. Esta estructura curricular, primero ciencias básicas y después clínicas, sigue siendo el modelo básico en la mayoría de las facultades de medicina 100 años después (Moran, 2017).

Durante los años 50, (1954) aparece el modelo de George Miller, que se fundamenta en el enfoque evaluativo de las competencias propias de un médico clínico, así surgió la famosa pirámide de Miller la cual representa la evolución y complejidad de los conocimientos y habilidades que deberá obtener un médico en formación, esta pirámide se basa en 4 niveles el primero el “saber” formada por la teoría, materias básicas e indispensables, segundo nivel formado por el “saber cómo” en el cual se espera que el estudiante domine la historia clínica hasta llegar a un diagnóstico acertado, el tercer nivel es “demostrar como” donde se prueba que el médico puede ser capaz de aplicar el conocimiento en el paciente, la cima de la pirámide se trata de la totalidad donde se ve reflejada la buena práctica profesional. Por todo lo hablado anteriormente a George Miller se le considera el padre de la educación médica (Moran, 2017).

Durante los años sesenta y setenta aparecieron universidades pioneras en la implantación de una enseñanza integrada y contacto temprano con la clínica. Durante esta década aparecieron numerosas publicaciones relacionadas con la psicología educativa, una de estas y la más relevante fue el aprendizaje basado en problemas o ABP (Case Western Reserve University, 1950), que tiene una perspectiva socio constructivista del aprendizaje, donde se desarrolla un proceso de análisis reflexivo del estudiante para dar soluciones a los problemas de cada paciente, ya que no se enfoca solo en analizar los problemas biológicos de cada paciente si no

que incluye el análisis de los problemas socioculturales de los pacientes y que podríamos hacer para mejorar los mismos, este método de enseñanza facilita el desarrollo del juicio clínico como parte de las competencias profesionales de los médicos.

Continuando con el paso de los años y durante los noventa surge la formación basada en competencias y su evaluación, un aspecto muy importante ya que enfatiza la ética y los valores en cada médico, es decir que el ser médico es algo más que saber, hay que ser... De nada sirve saber toda la ciencia si no eres una persona de principios y valores, una persona empática con los problemas del paciente. La enseñanza se basa también en los principios éticos y morales no solo en la ciencia.

Durante el desarrollo de la pedagogía médica también se destaca el cambio de perspectiva en cuanto a la definición de salud-enfermedad, desde la antigüedad se creía que la salud y enfermedad dependía de dioses que curaban enfermedades y en las virtudes mágicas de encantamientos y hechizos. Galeno ya comenzó a cuestionar la presencia de dioses y define a la salud como “un equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza o de los humores que en nosotros existen, sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales”. Durante la edad media se recurre nuevamente al influjo religioso, así que durante la edad moderna gracias al auge de la ciencia anatómica se producen grandes avances en el descubrimiento de principios anatómicos fisiológicos y químicos vinculados a la alteración de la salud. Gracias al descubrimiento del microscopio y a la revolución industrial durante el siglo XVII se identificaron causas en el medio ambiente y se empezó a tener en cuenta no sólo los aspectos biológicos y físicos sino también los económicos, sociales y políticos relacionados a la salud. Con el descubrimiento de la teoría microbiana en 1876 se reforzó la idea de que la salud está determinada por aspectos medioambientales y en este caso, por la acción de un agente externo de tipo biológico.

Durante el siglo XIX con el surgimiento del socialismo y gracias a las ideas de la revolución

francesa hicieron que la perspectiva biologista comenzará a tomar en cuenta la dimensión social y política de los fenómenos de enfermedad. Así a comienzos del siglo XX se empieza a observar un desplazamiento de la concepción biológica de la salud y lo comenzaron a ver como un proceso ligado a las condiciones que rodean la vida humana.

En 1946 la Organización Mundial de la Salud define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades”. En 1992 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), concibe a la salud desde una perspectiva del desarrollo humano, reconociendo la importancia de las variables socioeconómicas en la salud de las poblaciones, en esta época se da paso a una perspectiva epidemiológica social ya que se deja de pensar al hombre como ser individual y exclusivamente biológico y se lo describe con base en un paradigma social.

Gracias al desarrollo del concepto salud-enfermedad durante el paso de los años, en la actualidad se abre paso a un análisis de la salud y enfermedad como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad.

Después de este gran prefacio con respecto a la historia de la pedagogía médica, se evidencia durante el paso de los años la influencia de dos importantes modelos el biomédico y el biopsicosocial. El primero se trata de un modelo dualista en el cual divide la naturaleza humana en cuerpo y mente, la causa de la enfermedad proviene de elementos externos o se origina de cambios físicos internos e involuntarios, se define a la salud como ausencia de enfermedad, siendo enfermedad aquello que el médico pueda reconocer, demostrar y clasificar (Baeta, 2015). Este modelo ha constituido la base de la medicina científica moderna, donde el cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de sus partes, la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos y la función de la práctica médica es intervenir física o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo

específico.

En cuanto al modelo biopsicosocial, considera el entorno como una base sobre la que se ha desarrollado la enfermedad, contextualiza la atención a los estados físicos y biológicos de la persona en su medio habitual, estudiando como ese medio puede influir en el estado de salud. George Engel en 1977 desarrolló este modelo en el que expresa que los problemas multicausales del paciente intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, dando un balance a estas dimensiones que influyen directamente en el estado de salud y bienestar de las personas. En el Modelo Biopsicosocial salud y enfermedad son cualitativamente similares, en este caso las personas somos vistas como sistemas complejos y la enfermedad sería causada por múltiples factores ya antes mencionados y no por un único factor causal. Desde esta óptica, el paciente es visto como un ser activo, siendo responsable él mismo de su salud. Le da importancia a los procesos psicológicos y cognitivos en el desarrollo y la vida del hombre y, por tanto, también en las patologías. Intenta integrar los factores emocionales, sociales y comportamentales con la práctica médica. Lo preocupante de esto es que por la influencia del modelo biomédico los factores biológicos pueden ser tratados mientras que los factores psicológicos suelen descuidarse y los factores sociales casi nunca se atienden y aquí yace la importancia del modelo biopsicosocial por lo cual el presente trabajo va enfocado en este y cómo influye el mismo en la educación médica de nuestra universidad.

La educación médica en el Ecuador y en América Latina fue dada por el método Flexneriano (1910), el cual se centra en el origen de la enfermedad, sin embargo, algunas falencias de este modelo siguen vigentes, como la falta de integralidad por el enfoque biologista y la fragmentación del conocimiento por la falta de integración entre las ciencias básicas y las

clínicas (Borrel, 2005). A mediados del siglo pasado se gestaron movimientos de reforma en la educación médica en América Latina, los cuales estructuraron la educación con base en el modelo Flexneriano adaptándolo a las realidades particulares de cada paciente. La influencia de Flexner persiste en muchas escuelas de medicina en la actualidad.

Tradicionalmente se ha ido educando al médico ecuatoriano para que pueda diagnosticar la enfermedad y tratarla, además que en nuestro país no se ha logrado un consenso entre facultades sobre mallas curriculares, perfiles de médicos graduados ni mucho menos la metodología a impartirse en la carrera, lo que ha llevado a la formación de médicos con los conocimientos adecuados, con conocimientos actualizados, pero no con las herramientas para brindar salud de acuerdo a la realidad de nuestro país, es así como se tiene el conocimiento de mejores tratamientos y no se cuenta con el acceso a estos o no existe la posibilidad económica.

Actualmente en nuestro país existen alrededor de 24 escuelas de formación en ciencias médicas, siendo la PUCE una de las más influyentes dentro del territorio nacional e internacional. Pero la interrogante aquí es, que distingue a nuestra universidad de las demás y se puede recalcar que la PUCE actúa de acuerdo con un modelo educativo que se expresa en tres propuestas: la pedagógica, la de investigación, y la de vinculación con la sociedad. Un aspecto muy importante y citando la misión de nuestra universidad es que “presta particular atención a las dimensiones éticas de todos los campos del saber y del actuar humanos, tanto a nivel individual como social, propugna el respeto a la dignidad y derechos de la persona humana y sus valores trascendentes, apoya y promueve la implantación de la justicia en todos los órdenes de la existencia, promueve la preservación del medio ambiente y el respeto a la vida”, (PUCE, 2017) y esto es muy importante en la formación de médicos de calidad que integren los conocimientos científicos y los principios y valores inculcados durante nuestra

formación, es así también como tenemos una perspectiva global de nuestro paciente tratando no solo lo físico sino también lo psicológico y social.

Desde 1970, los graduados ecuatorianos en medicina, odontología, obstetricia y enfermería deben servir un año en las zonas rurales como requisito para registrar sus títulos y obtener una licencia para ejercer en el sistema de salud. Esta licencia del Ministerio de Salud Pública también es necesaria para participar en postgrados. Esta iniciativa tiene como objetivo brindar atención médica a las poblaciones más vulnerables del Ecuador, que tienen poco o ningún acceso a los servicios de salud pública. (Sánchez, Remmen, Alvear, Van, & Hendrickx, 2017).

Es así como el año de medicatura rural representa un reto para el nuevo egresado, ya que es un paso enorme en su carrera, al pasar de ser un interno bajo la supervisión y mando de otros médicos de mayor experiencia a ser quien tome las decisiones de su unidad, a tratar directamente al paciente, a ser un sujeto importante en su comunidad, donde se tiene que contar con los conocimientos necesarios para afrontar este nuevo reto, pero también se requiere la comunicación, el conocimiento de la parte social, económica del paciente, mantener una relación médico paciente, mostrar empatía y formar parte del entorno de los pacientes.

Por todo lo detallado anteriormente es importante conocer la perspectiva de los médicos egresados de la PUCE que ya están ejerciendo la profesión y así evaluar la influencia del modelo de educación biopsicosocial que nos ofrece nuestra querida Alma mater.

### **1.3 Justificación**

Se considera que los estudiantes de las carreras de ciencias de la salud con un adecuado perfil biopsicosocial tienen un mejor desempeño en el proceso de aprendizaje, proceso que impacta en la formación del profesional de la salud y en el desarrollo de competencias clínicas, por ende, también en el ejercicio de la profesión. (Castaño Castrillón, 2011).

Desde el punto de vista del modelo biopsicosocial el médico debe contar con un conocimiento científico de la enfermedad, la capacidad de generar una relación médico - paciente, el brindar una atención integral y tener principios y valores para desempeñar su función como médico.

En Ecuador existen pocos estudios sobre el trabajo y formación de los médicos rurales. Por lo que encontramos de mucha importancia conocer sobre sus percepciones, sobre su trabajo y el ejercicio de la profesión en su etapa inicial y por primera vez de forma independiente, trabajando por la salud de una comunidad y brindando la Atención Primaria en Salud.

## **2. CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Marco teórico**

#### **2.1.1 El paradigma biomédico**

El paradigma biomédico se trata de un modelo dualista en el cual divide la naturaleza humana en cuerpo y mente, la causa de la enfermedad proviene de elementos externos o se origina de cambios físicos internos e involuntarios, se define a la salud como ausencia de enfermedad, siendo enfermedad aquello que el médico pueda reconocer, demostrar y clasificar (Baeta, 2015). Este modelo ha constituido la base de la medicina científica moderna, donde el cuerpo humano es fragmentado y analizado separando la mente y el cuerpo, la enfermedad se entiende como el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos por lo tanto función de la práctica médica es intervenir física o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo específico.

El modelo biomédico integra hallazgos clínicos los cuales permiten evaluar, diagnosticar y abordar las enfermedades para encontrar el tratamiento farmacológico adecuado. El modelo biomédico define a la enfermedad como el funcionamiento defectuoso de mecanismos biológicos o químicos, por lo tanto, la intervención médica se realiza física o químicamente para corregir dichas disfunciones. En otras palabras, este modelo busca identificar la parte biológica afectada y restaurarla, no se centra en el entorno del individuo o en sus características (Carrasco y Yuing, 2014).

El modelo biomédico ha mostrado ser importante en la rehabilitación de la enfermedad, pero, se debe mencionar que también es un gran generador de discapacidad (Barbosa et al., 2019), ya que rechaza la influencia que el contexto social tiene sobre el individuo con discapacidad y solo favorece a la medicalización de la anomalía.

### **2.1.2 El paradigma biopsicosocial**

El modelo o paradigma biopsicosocial, considera el entorno como una base sobre la que se ha desarrollado la enfermedad, contextualiza la atención a los estados físicos y biológicos de la persona en su medio habitual, estudiando como ese medio puede influir en el estado de salud (Martínez, 2014). George Engel en 1977 desarrolló este modelo en el que expresa que los problemas multicausales del paciente intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, dando un balance a estas dimensiones que influyen directamente en el estado de salud y bienestar de las personas. En el Modelo Biopsicosocial salud y enfermedad son cualitativamente similares, en este caso las personas somos vistas como sistemas complejos y la enfermedad sería causada por múltiples factores ya antes mencionados y no por un único factor causal. Desde esta óptica, el paciente es visto como un ser activo, siendo el mismo responsable de su salud. Le da importancia a los procesos psicológicos y cognitivos, además de los factores sociales en el desarrollo y la vida del hombre y, por tanto, también en las patologías (Instituto Salamanca, 2020). Consiste en integrar los factores emocionales, sociales y comportamentales en la práctica médica y asociarlo a un manejo integral de cada paciente.

### **2.1.3 La educación médica en el Ecuador**

La educación médica en el Ecuador se centra en el modelo o método Flexneriano, el cual se centra en el origen de la enfermedad, tradicionalmente se ha ido educando al médico ecuatoriano para que pueda diagnosticar la enfermedad y tratarla, lo que ha hecho que el médico se dedique a curar enfermedades mas no a personas. En nuestro país contamos con 24 escuelas de Medicina, de estas la PUCE ha tomado al modelo biopsicosocial como su método de enseñanza-aprendizaje de la facultad de medicina, e integrando tres propuestas paradigmáticas:

la pedagógica, la investigación y la vinculación con la sociedad, integrando, además, la formación e investigación científica desde una perspectiva no solo biomédica sino también sociocultural.

El médico graduado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador se caracteriza por ser un profesional con capacidad de liderazgo, aplicando valores cristianos, principios bioéticos, científicamente calificados y comprometidos con la salud y la vida (PUCE, 2022).

#### **2.1.4 Año de salud rural**

En nuestro país el abordar las enfermedades ha sido un proceso extenuante sin los resultados esperados, es así que el 1961 lo expresó el Dr. Carlos Andrade Marín “Es vergonzoso que el Ecuador sea, en 1961, un país con viruela, con peste bubónica, tifus y tifoidea, difteria, con malaria, con parasitismo generalizado, y con elevados índices de mortalidad general e infantil”, dándonos una idea de los que era la calidad en salud de la época. En ese mismo año por decreto del presidente Carlos Arosemena Monroy se inaugura el año de salud rural, donde se precisaba que médicos recién graduados fueran repartidos en 5 lugares de la sierra ecuatoriana y ciertos espacios entre la costa y oriente. (Veletanga, 2020).

Para 1970 se declaró por decreto ejecutivo N°44 firmado por el Dr. José María Velasco Ibarra, donde se la obligatoriedad del año de salud rural como requisito previo a la inscripción de títulos como graduados en ciencias médicas, cada médico debía ir acompañado por una auxiliar de enfermería y un educador en salud, dependiendo de la región donde debían establecerse, en este mismo año se inauguró 100 subcentros de salud, lo que nos permite entender cómo empieza a organizarse el sistema de salud, además para el año siguiente se incorporan enfermeras, obstetras, y odontólogos, ampliando así la oferta en salud. (Veletanga, 2020).

Ahora al cumplirse 52 años del inicio del año de salud rural comprendemos que fue una decisión crucial en el acceso y mejora del acceso a la salud de nuestra población, ahora los centros de salud son la puerta de entrada a nuestro sistema de salud, además que es el espacio donde la prevención de las enfermedades se desarrolla.

A nivel profesional comprenden un reto enorme para el recién graduado, puesto que después de 5 años de estudios en la facultad más un año de internado donde está en contacto y práctica profesional bajo la supervisión de un médico tratante pasa a ser quien atienda sus pacientes, practique la prevención en su comunidad, se encargue de los procesos administrativos de su unidad, y tenga toda la responsabilidad respecto a la salud de su comunidad, además del hecho de estar lejos de su lugar de residencia, un lugar alejado, con accesos y servicios básicos inadecuados, comunidades con diferentes costumbres, ideas de enfermedad, etc.

Todo esto pone al médico rural en un rol muy importante y determinante en la salud de su comunidad, por lo que consideramos que el modelo biopsicosocial puede contribuir a una mejor relación médico paciente, médico comunidad, lograr una mayor prevención de las enfermedades, un adecuado apego a los tratamientos y de esta manera poder cambiar las realidades de las comunidades en la que trabajan los médicos rurales.

### **3. CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

#### **3.1 Metodología**

##### **3.1.1 Hipótesis**

El paradigma biopsicosocial como modelo educativo impacta de manera positiva en el proceso enseñanza- aprendizaje y en la práctica profesional entre médicos rurales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

#### **3.2 Objetivos**

##### **3.2.1 General:**

Describir las percepciones y experiencias sobre el uso y aplicación del paradigma biopsicosocial entre médicos rurales graduados en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) en el periodo 2021-2022.

##### **3.2.2 Específicos:**

Analizar las subjetividades y los factores que influyeron con el proceso enseñanza- aprendizaje del paradigma biopsicosocial en médicos rurales de la PUCE.

Describir el uso y los alcances del aprendizaje del paradigma biopsicosocial en la formación profesional de los médicos graduados de la PUCE.

Identificar las percepciones sobre la aplicación relacionadas con el proceso enseñanza- aprendizaje del paradigma biopsicosocial en médicos rurales graduados de la PUCE

### **3.3 Tipo y diseño de estudio**

La presente investigación es de tipo cualitativo descriptivo, analizará las experiencias y percepciones sobre el trabajo del médico rural graduado en la PUCE, la aplicación y uso del paradigma biopsicosocial en su formación y actividades como profesional, focalizando la relación al continuum médico-paciente y salud-enfermedad-tratamiento. Mediante la realización de una entrevista de tipo etnográfica que contiene ocho preguntas abiertas en donde se va a explorar los pensamientos, sentimientos y percepciones sobre el uso y aplicación de este método en el año de salud rural. Misma que fue aprobada por el Comité de Ética e Investigaciones en Seres Humanos (CEISH), el 23 de septiembre del 2022 con oficio CEISH-521-2022.

Esta tesis de grado, es parte del proyecto: “La experiencia biopsicosocial y cultural en la formación médica: estudio etnográfico comparativo”. Aprobado por la facultad de medicina y el Instituto de Salud Pública (ISP), código de aprobación por la Dirección de investigación 035-UIO-2021, del cual nuestro director de tesis es coordinador, los análisis cualitativos, la metodología y los resultados de nuestra investigación serán comparados, con las experiencias investigativas similares realizadas en las Universidades Nacional del Sur-Argentina y Universidad Nacional de Chile con quienes la PUCE realiza en coordinación el proyecto de investigación señalado.

### **3.4 Población y muestra**

#### **3.4.1 Población**

La población objetivo estuvo conformada por 167 médicos rurales graduados de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que hayan realizado el año de salud rural en el periodo 2021-2022.

Es importante anotar que esta investigación también propone un acercamiento metodológico, puesto el uso de los métodos cualitativos en investigaciones médicas en Ecuador es muy limitado, de esta forma las técnicas para la recolección de datos y los instrumentos de análisis utilizados, se convierten en novedosos espacios para futuras investigaciones tanto para estudiantes de PUCE como de otras universidades. La distribución de los entrevistados se encuentra descrita en la siguiente tabla:

*Tabla 1 Distribución de la muestra*

<b>COHORTE</b>	<b>N° de médicos rurales</b>
Cohorte enero 2021	57
Cohorte septiembre 2021	50
Cohorte enero 2022	60
<b>TOTAL</b>	167

*Fuente: Facultad de Medicina (2022)*

### **3.4.2 Muestra**

Con información brindada por parte de la facultad, se recopiló una base de datos de 270 estudiantes que ingresaban o estaban en la medicatura rural, sin embargo, por fines metodológicos se excluyó estudiantes que, al momento de la aprobación de esta investigación, no se habían graduado todavía y graduados que decidieron no realizar el año de salud rural, con las exclusiones descritas se obtuvo un total de 167 participantes, de los cuales obtuvimos respuestas completas de 25 participantes.

### **3.5 Criterios de inclusión de los participantes**

- Médico graduado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, cursando o haber cursado el año de salud rural en el período 2021 – 2022.
- Firma del consentimiento informado por parte del participante.

### 3.6 Criterios de exclusión de los participantes

- Médico que haya cursado o esté cursando el año de salud rural no graduado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- El deseo del participante de no participar o el derecho de abandonar el estudio sin explicación alguna.

### 3.7 Plan de recolección de la Información

Se armó una base de datos de todos los participantes con ayuda de registros de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Se tiene un aproximado de 167 médicos rurales formados en la PUCE que se encuentran realizando su año salud rural en el periodo 2021-2022.

En una primera etapa se envió mediante plataformas digitales como WhatsApp, Messenger, o mediante correo electrónico, la entrevista abierta realizada en Google forms a todos los participantes, se obtuvo un porcentaje de respuesta aproximada al 15%. Toda la información obtenida fue sistematizada con ayuda del programa informático Atlas-TI.

### 3.8 Operacionalización de variables

*Tabla 2 Operacionalización de variables*

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo
Género	Conjunto de condiciones físicas, biológicas, y fisiológicas que caracterizan a un individuo en femenino o masculino	Género del participante	Femenino Masculino Otro	Cualitativa dicotómica

<p>Identidad étnica</p>	<p>Forma de identidad basada en los componentes de la etnia de una persona.</p>	<p>Etnia de la que se consideran los participantes</p>	<p>Mestizo -Indígena -Afroecuatoriano -Blanco -Montubio</p>	<p>Cualitativa nominal</p>
<p>Plaza asignada para el año de salud rural</p>	<p>Lugar donde se encuentre la plaza para el año de salud rural del participante</p>	<p>División político - administrativa de un territorio conformada por uno o más cantones</p>	<p>-Azuay -Bolívar -Cañar -Carchi -Chimborazo -Cotopaxi -El Oro -Esmeraldas -Galápagos -Guayas -Imbabura -Loja -Los Ríos -Manabí -Morona Santiago -Napo -Orellana -Pastaza -Pichincha -Santa Elena -Santo Domingo de los Tsáchilas -Sucumbíos -Tungurahua -Zamora Chinchipe</p>	<p>Cualitativa nominal</p>

Percepciones sobre salud, enfermedad, atención en su entorno de trabajo	Apreciación subjetiva de un objeto o situación.	Apreciación subjetiva de la atención como médico rural en su comunidad	Respuesta de cada participante a las preguntas de la entrevista.	Cualitativa
Percepciones sobre las enfermedades más prevalentes en su entorno de trabajo	Apreciación subjetiva de un objeto o situación.	Apreciación subjetiva de la atención como médico rural en su comunidad	Respuesta de cada participante a las preguntas de la entrevista.	Cualitativa
Percepciones sobre los factores que han influido en su formación profesional.	Apreciación subjetiva de un objeto o situación.	Apreciación subjetiva de la atención como médico rural en su comunidad	Respuesta de cada participante a las preguntas de la entrevista.	Cualitativa
Percepciones sobre su formación y su influencia para el desempeño como profesional de la salud	Apreciación subjetiva de un objeto o situación.	Apreciación subjetiva de la atención como médico rural en su comunidad	Respuesta de cada participante a las preguntas de la entrevista.	Cualitativa
Percepciones sobre el conocimiento de salud-enfermedad por parte de la comunidad donde se desempeña como profesional de la salud	Apreciación subjetiva de un objeto o situación.	Apreciación subjetiva de la atención como médico rural en su comunidad	Respuesta de cada participante a las preguntas de la entrevista.	Cualitativa
Percepciones sobre su capacidad para afrontar el año de salud rural	Apreciación subjetiva de un objeto o situación.	Apreciación subjetiva de la atención como médico rural en su comunidad	Respuesta de cada participante a las preguntas de la entrevista.	Cualitativa
Percepciones sobre la experiencia y aprendizajes como médico rural	Apreciación subjetiva de un objeto o situación.	Apreciación subjetiva de la atención como médico rural en su comunidad	Respuesta de cada participante a las preguntas de la entrevista.	Cualitativa

### 3.9 Plan de análisis

#### 3.9.1 Plan de análisis de datos

La presente investigación es un estudio cualitativo con enfoque etnográfico, que recoge las diferentes percepciones sobre el uso y práctica del paradigma biopsicosocial entre médicos rurales graduados en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Se utilizó el programa ATLAS TI para la sistematización de la información

recolectada, este programa informático fue utilizado en las investigaciones etnográficas realizadas por la Universidad Nacional del Sur en Argentina, y dentro del proyecto de investigación conjunto tomamos esta sistematización cualitativa como modelo interpretativo y comparativo.

El presente estudio es de tipo cualitativo etnográfico, utilizó para la recolección de información una entrevista abierta que recolectó percepciones y experiencias de los médicos rurales graduados de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sobre el uso y aplicación del paradigma biopsicosocial en su formación médica y ejercicio profesional.

Las investigaciones de tipo cualitativas suelen no ser tomadas en cuenta para investigación en ciertas ciencias, especialmente en la medicina, donde se practica la medicina basada en evidencia y se brinda una guía en tratamientos basado en investigaciones de tipo cuantitativo, limitando el uso de investigaciones de tipo cualitativas. (Goodson, Vassar, 2011).

Por otro lado, la etnografía nos sirve como método de investigación en salud, con un fuerte componente social, caracterizado por entender cómo la cultura, creencias, percepciones, vivencias de un grupo objeto de estudio, aprender y experimentar sus formas de vida antes de intentar derivar explicaciones de su actitudes o comportamiento.

La etnografía se ha utilizado en la educación médica por mucho tiempo, además de contar con estudios de referencia en los Estados Unidos que muestran la utilidad de la etnografía. Uno de los primeros estudios etnográficos se tituló Estudiante médico, fue una investigación en muchas escuelas de medicina donde se abarcó las innovaciones médicas en casos clínicos o la incertidumbre en el conocimiento médico, dando inicio a la investigación etnográfica. (Goodson & Vassar, 2011)

Este tipo de estudio permite obtener información que no se escapa en investigación en el área de la salud, por lo tanto, nos brinda la oportunidad de obtener información detallada sobre otros aspectos en la educación y la práctica médica, como es en el caso de investigación.

Para la recolección de datos, se utilizó una entrevista con 8 ítems de preguntas abiertas, desarrolladas de manera subjetiva con el fin de obtener de forma adecuada el punto de nuestros entrevistados (médicos rurales). Cabe mencionar que se realizó una prueba piloto previo a la investigación, realizada a 15 personas que en ese momento se encontraban cursando su año de salud rural, lo que nos permitió identificar preguntas que requieren ser modificadas para una mejor comprensión y desarrollo de la misma.

En esta investigación se utilizó el software ATLAS TI versión 8 para sistematizar los datos cualitativos, se procedió a ingresar todas las entrevistas al programa, luego se empezó el proceso de codificación en el cual se designó las percepciones de los participantes en palabras claves de acuerdo a las preguntas planteadas en nuestra entrevista, por último, se realizó el análisis de los resultados mediante los gráficos que nos proporcionó el software ATLAS TI.

### **3.10 Aspectos bioéticos**

El presente estudio asegura la confidencialidad de todos los datos ingresados por los estudiantes al programa elegido para la realización de las entrevistas.

Se le permitirá a cada participante tener la elección de participar en la investigación o de no hacerlo.

Finalmente serán solicitados todos los permisos necesarios con las autoridades de la PUCE para conseguir el permiso para iniciar la investigación

## 4. CAPÍTULO IV RESULTADOS

### 4.1 Resultados

Mediante la utilización de entrevistas etnográficas de tipo cualitativo con preguntas abiertas se realizó la recolección de datos, con el fin de comprobar nuestra hipótesis planteada.

A continuación, se detalla los resultados de cada pregunta realizada y se describen los testimonios, relatos o narrativas más destacados de los participantes, mismos que se les asignó un código según el número de respuesta, inicial del nombre del participante y el año de la investigación, de la siguiente manera (012, EM,2022).

Para cada pregunta se realizó dos modelos interpretativos: a) nubes de palabras con el software ATLAS TI, en las que se englobó los códigos relacionados con cada una de las preguntas, en estas se muestran las palabras que se repiten con más frecuencia en mayúsculas, esto permite dar un enfoque global de la percepción del médico rural con respecto al modelo biopsicosocial; y, b) codificación de palabras más representativas de las respuestas donde se identificó nodos o relaciones de categorías duales entre estas.

*Pregunta 1. ¿Crees que las personas que habitan en comunidad o pueblo donde trabaja como médico rural son saludables?*

Para comenzar analizando esta pregunta, llama la atención que la mayoría de respuestas son negativas y algunas de ellas detallan la causalidad de estas, como la falta de apego a los tratamientos y prevención de enfermedades, malos hábitos saludables y la accesibilidad a los servicios de salud.

Este resultado muestra la percepción de los médicos rurales sobre la salud de su comunidad, esto es de mucha importancia ya que los médicos rurales son los que se encargan de la atención primaria de salud y por lo tanto son los que tienen el primer contacto con los pacientes, esto revela la falta de educación y apego a los tratamientos, hábitos saludables, falta de accesibilidad a servicios de salud, o como menciona un participante “la población simplemente no se cuida”. Esto es una característica general de la gente con respecto a la salud, la mayoría de personas no tienen los hábitos adecuados y mucho menos en áreas rurales donde la accesibilidad a servicios básicos y de salud son deficientes. A continuación, citamos algunas de las respuestas más representativas de nuestros participantes.

*No, dudo mucho que exista una comunidad perfecta y que siga las prescripciones y recomendaciones. Hay pacientes que sí se cuidan y de la misma forma personas que no se cuidan. Aunque sin duda la balanza se inclina hacia las personas que no se cuidan. (006AA,2022).*

*No, en absoluto. No cumplen con las indicaciones y tienen hábitos alimenticios muy deficientes. (012MP,2022).*

*No, la falta de educación, de hábitos saludables, horarios extenuantes de trabajo no permiten tal cualidad. (017CS,2022).*

*No, debido a que es un lugar de difícil acceso la alimentación es bastante deficiente, la mayoría de la población se dedica a la agricultura y no tienen un trabajo estable, hay mucha pobreza y con ello las diferentes consecuencias como la desnutrición. Además, debido a que los pozos*

*petroleros están circundando la zona los derrames de petróleo afectan a la población con respecto a la contaminación de los ríos y por ende de las tierras en dónde trabajan. (024AS,2022).*



*Ilustración 1 Percepciones de la salud en la comunidad rural*

*Pregunta 2 ¿Cuáles son las principales enfermedades de las personas que se presentan en su lugar de trabajo y cómo las tratas?*

Esta pregunta nos arrojó resultados muy interesantes ya que evidencia una alta prevalencia en enfermedades crónicas no transmisibles como obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus, sin embargo, también muestra alta prevalencia en enfermedades infecciosas virales, bacterianas y parasitosis. En cuanto al manejo de dichas enfermedades destaca un aspecto muy importante que es el tratamiento no farmacológico y uso de medidas de prevención. Este resultado es de mucha utilidad para nuestra investigación ya que con este demostramos el uso del modelo biopsicosocial en los médicos rurales de la PUCE, ya que se enfocan en manejar

factores de riesgo, aspectos psicosociales y no solo en los aspectos biológicos como el modelo biomédico dicta. Citamos las respuestas más relevantes de nuestros participantes.

*Hipertensión, diabetes: medidas de promoción de salud con grupos de apoyo a personas vulnerables, tratamiento farmacológico y seguimiento social con otras instancias gubernamentales como MIES. (003JB,2022).*

*Enfermedades crónicas no transmisibles (HTA / DM / OBESIDAD / HIPERTRIGLICERIDEMIA). (006AA,2022).*

*Parasitosis intestinales, vaginosis bacterianas, infecciones respiratorias altas, lumbalgias. Lo trato con medidas farmacológicas (antibióticos, antiparasitarios, analgésicos) y medidas no farmacológicas dependiendo de la patología, así como educación en medidas de prevención. (010CZ,2022).*

*Parasitosis. Antiparasitario y educación de hábitos saludables. Enfermedades crónicas mal controladas dentro de las principales diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial, siendo el principal factor por el que no se controlan el no cambiar sus hábitos alimenticios sobre todo y el económico al no poder acceder a la medicación cuando el estado no puede proporcionar. Enfermedades de la piel, sobre todo dermatitis de contacto por la exposición a fungicidas, a plantas y árboles que secretan ciertas sustancias perjudiciales para las personas. (011PF,2022).*

*Hipertensión Arterial, diabetes, lumbalgias, se las trata con dieta, ejercicio, fisioterapia en el último caso, y medicación. (017CS,2022).*

*Obesidad, diabetes, hipertensión, tratamiento con cambios en el estilo de vida y medicación complementaria. (023CV,2022).*







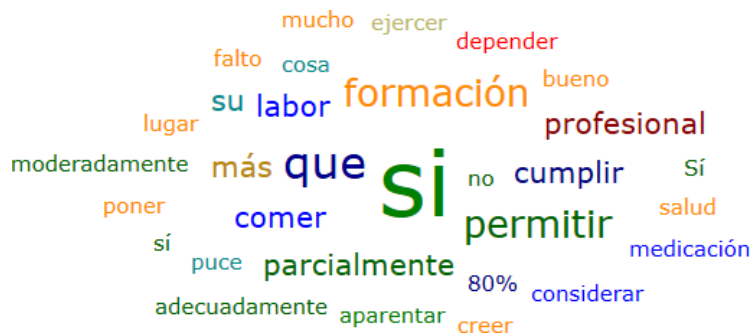
*Pregunta 5 ¿Consideras que su formación le permite cumplir su labor como profesional de la salud?*

A pesar de contar con una malla muy extensa y completa, el entender los procesos fisiopatológicos de la enfermedad, el actualizar nuestros conocimientos, siempre queda a juicio si en realidad estamos preparados para una labor tan importante, tan exigente y comprometida como es la del médico rural. A pesar de todo lo antes mencionado nuestros compañeros en su gran mayoría consideran estar preparados para atender a sus pacientes como médicos rurales.

*“Parcialmente, hay cosas que van más allá de la formación, como la falta de medicación e insumos, que no permiten cumplir adecuadamente la labor profesional” (010CZ,2022).*

*“Si, nuestra formación en la PUCE es muy buena” (006AA,2022).*

*“En un 80%, creo que depende mucho el lugar de donde se esté ejerciendo” (011PF,2022).*



*Ilustración 5 Percepción de los médicos rurales sobre si su formación les permite cumplir con su labor profesional*

*Pregunta 6 ¿Consideras que los aspectos sociales, culturales y ambientales son importantes para entender el proceso salud-enfermedad en la comunidad o pueblo donde trabajas como médico rural?*

Según las respuestas de nuestros compañeros, los aspectos sociales, culturales y ambientales son los determinantes más importantes en salud, por ejemplo la educación en el paciente determina el apego al tratamiento, la situación económica del paciente puede permitirle acceder a ciertos medicamentos, también determinan el estilo de vida del paciente, refiriéndose a sus actividades diarias, su alimentación, en el caso del medio ambiente también las personas que habitan lugares contaminados tienen mayor riesgo a enfermedades.

*“En su totalidad, en todo este tiempo percibo que los factores de su cultura influyen en todo en el tratamiento de un paciente en caso particular de pacientes embarazadas que se empeñan en tener su hijo en casa, algo muy respetable, tienen demasiado arraigado ese pensamiento a pesar de explicarles los posibles riesgos” (011PF,2022).*

*“Obviamente son importantes, no se puede separar el aspecto biopsicosocial de lo orgánico” (006AA,2022).*

*“Sí, puesto que de eso se trata aquello que llamamos salud, que abarca las dimensiones física, social y mental de la persona.” (024AS,2022)*



*Ilustración 6 Percepción de los médicos rurales sobre los factores que influyen en la enfermedad*

*Pregunta 7 ¿Has sentido que no estás capacitado para tu trabajo como médico rural?*

En esta pregunta la mayoría de nuestros compañeros han respondido que se sienten capacitados, en otro grupo han puesto el no sentirse capacitados sobre ciertos temas, y que depende del lugar donde se encuentran realizando el año de salud rural, lo que también mencionan es que se sienten en la capacidad de buscar nueva información y renovar sus conocimientos de acuerdo al caso que se les presente en consulta.

*“En raras ocasiones me he visto en ese punto, por lo general, como en el ABP si hay algo que no sé qué es, sencillamente le dije al paciente que voy a estudiar su caso hasta dar con lo que tiene” (006AA,2022).*

*“Ciertamente hay muchas cosas desconocidas, enfrentarse a un ambiente totalmente distinto al acostumbrado es un reto, y no se tiene todo el conocimiento, pero gracias a mi formación puedo encontrar las fuentes necesarias y acertadas para la práctica médica.” (024AS,2022)*

“No, pero sí limitado por la falta de material o instrumentos para realizar algún procedimiento” (011PF,2022).

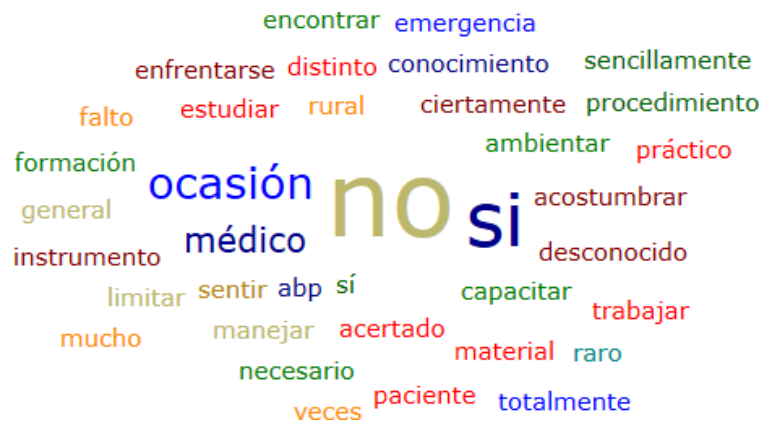


Ilustración 7 Percepción de los médicos rurales sobre su formación

*Pregunta 8 ¿Cuál ha sido tu mejor experiencia o aprendizaje como médico rural?*

En esta pregunta hubo opiniones variadas, entre las que más destacan es el poder ayudar a las personas de su comunidad, el poder brindar salud, el trato con las personas de la comunidad, el sentir que se ha logrado ayudar a alguien y que esas personas demuestran su gratitud de cualquier forma es de lo más mencionado por nuestros compañeros, también está el poder aprender a dar un tratamiento integral a sus pacientes con limitados recursos como sucede en el año de salud rural.

*“Creo que es el hecho de poder ayudar a las personas de la comunidad y ver cómo sus problemas de salud se solucionan. La gente sencilla reconoce tu esfuerzo y tu conocimiento. (006AA,2022)*



## **5. CAPÍTULO V DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Discusión**

Nuestra investigación se basó en percepciones, subjetividades, opiniones de nuestros entrevistados, médicos rurales graduados en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, mediante entrevistas abiertas, lo que nos ha permitido describir y analizar las opiniones de un porcentaje de médicos rurales formados con el modelo biopsicosocial, y conocer cómo este paradigma ha impactado en su formación y ejercicio profesional.

La segunda parte de la sistematización de las entrevistas, fue realizado mediante codificación de nodos, códigos o de las palabras más representativas, encontradas en las respuestas. A continuación, se presenta las más significativas y que confirman la importancia de la formación biopsicosocial en la medicatura rural.

- A) Respecto al modelo biopsicosocial se relaciona con el manejo integral del paciente, en el que se permita la educación en medidas de prevención, el lograr un seguimiento a pacientes por ende el poder tratar las enfermedades crónicas no transmisibles y mejorar la relación médico paciente, es así cómo se relaciona con la labor del médico rural, además según lo mencionado con los resultados se desarrolla en el aprendizaje basado en problemas.

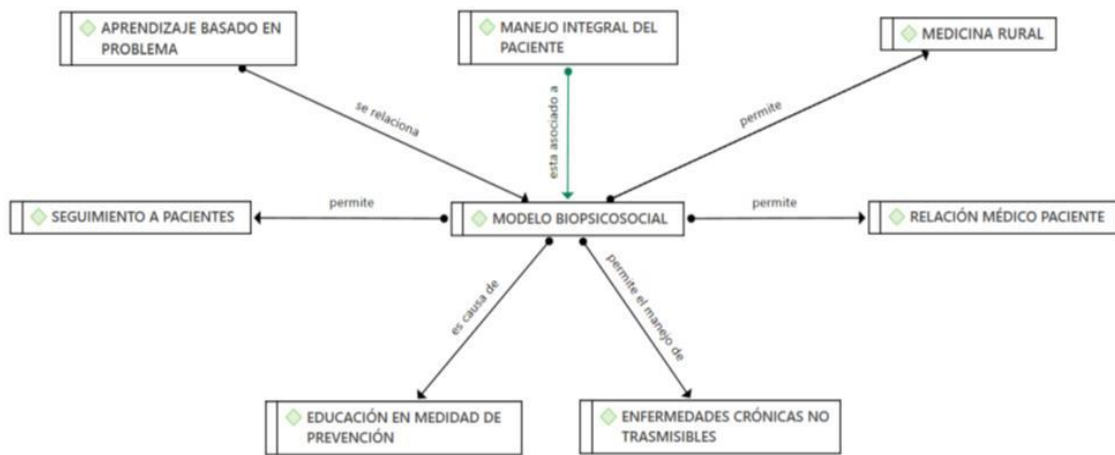


Ilustración 9 Conexiones entre nodos sobre la formación biopsicosocial

B) El año de salud es el primer de nivel de atención en salud en nuestro país, está relacionado con el manejo de pacientes, prevención y seguimiento de los pacientes, que permite que el médico esté en contacto con las condiciones sociales, ambientales, culturales y económicas de los pacientes, además de ser una ayuda a la comunidad.

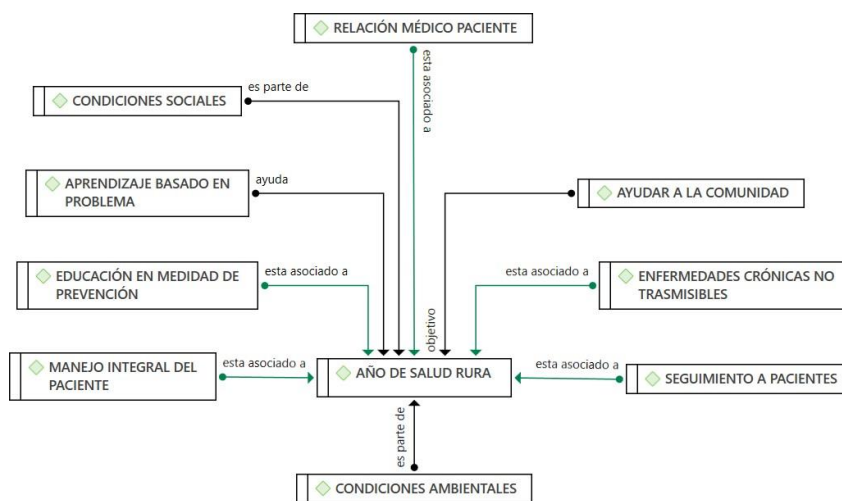


Ilustración 10 Conexiones entre nodos sobre año de salud rural

Como vemos en el análisis de los nodos y códigos, el modelo biopsicosocial permite al médico rural brindar un manejo integral a sus pacientes, el comprender el entorno social, cultural, político y económico que los rodea, conocer la realidad de las comunidades y de acuerdo a estas circunstancias lograr establecer un mejor manejo de la salud de las poblaciones.

Un dato muy importante de resaltar en esta investigación es que, para el médico rural, las enfermedades crónicas no transmisibles son las prevalente en su contexto de trabajo y en nuestro país en general, siendo según el IHME: la isquemia cardiaca, enfermedad renal crónica y el accidente cerebrovascular. Estos datos concuerdan con los resultados de nuestra investigación, puesto que las principales enfermedades que afectan a la mayoría de la población son prevenibles, por lo que es importante trabajar en atención y prevención, en los cambios de estilo de vida, alimentación y la educación de nuestros pacientes, lo que demuestra la importancia del rol en atención bio psico social que deben brindan los médicos rurales de nuestro país. (IHME,2019).

La formación de los médicos rurales graduados en la Pontificia Universidad del Ecuador según nuestra investigación les permite realizar su labor con una visión que complementa lo biológico con lo psicosocial, por lo que consideran o autoevalúan su formación como adecuada, a pesar de las circunstancias de desigualdad y falta de recursos e infraestructura donde la realizan, sienten que su formación les ha permitido ayudar a la comunidad y sentir el agradecimiento por su labor.

## 5.2 Conclusiones

- Los médicos rurales graduados de la PUCE afirman en que el modelo biopsicosocial que imparte la facultad influye de manera positiva en el manejo integral de los pacientes
- Se comprobó que las herramientas de aprendizaje brindadas durante la formación médica han servido para encontrar diagnósticos y tratamientos adecuados para cada caso clínico en la práctica diaria de los médicos rurales.
- Se demostró que los médicos rurales emplean tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico y medidas de prevención en el manejo de las patologías más prevalentes de su zona rural.
- Evidenciamos que las patologías más frecuentes dentro de las zonas rurales fueron las enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y obesidad.
- Las experiencias de los médicos rurales con respecto a la salud de la población demostraron una correlación entre la cultura, educación y economía con el apego de los pacientes a los tratamientos brindados por el médico rural.
- El año de salud rural es un año muy importante para los médicos recién graduados ya que se enfrentan solos ante casos clínicos reales y poder resolverlos de la mejor manera. Sin embargo, evidenciamos durante la selección de muestra de nuestra investigación, que no todos los médicos egresados de la PUCE realizan este año de rural.
- Las experiencias y aprendizajes más destacados de los médicos durante su año de salud rural ha sido sobre todo la gratitud y reconocimiento de los pacientes además de la satisfacción de ayudar a disminuir las dolencias tanto físicas y mentales de los pacientes.

### **5.3 Recomendaciones**

- Recomendamos realizar más estudios de tipo comparativo con respecto al modelo de enseñanza biopsicosocial versus el biomédico en las distintas universidades del país.
- Se necesita realizar más investigaciones para describir la causalidad de porque no todos los médicos recién graduados de la PUCE hacen su año de salud rural y tener una perspectiva más amplia sobre el tema.
- Se requieren más estudios descriptivos sobre el año de servicio social o medicatura rural en el país y en Latinoamérica y así poder fortalecer la investigación.
- Se recomienda continuar fortaleciendo el modelo biopsicosocial en la facultad de medicina de la PUCE ya que ha sido de suma importancia en la práctica diaria como médicos, además que es un distintivo en la formación de profesionales de la salud de nuestra universidad.

## 6. CAPÍTULO VI REFERENCIAS

1. Cepero Rodríguez, I., Mederos, I., Hidalgo, C. (2005). El paradigma biopsicosocial: una necesidad en la atención médica actual. Mediceletrónica. Recuperado de [http://www.medicentro.com.ve/revista/ver\\_articulo.php?id=10](#)
2. Bolton, D. (2020). The biopsychosocial model and the new medical humanism. *Archives de Philosophie*.83, 13-40. Recuperado de [The biopsychosocial model and the new medical humanism | Cairn International Edition \(cairn-int.info\)](#)
3. Real Academia Española (RAE). Recuperado de <http://www.rae.es>.
4. Molina Naranjo, Jacqueline Mara, Lavandero García, José, Hernández Rabell, Lourdes María. (2018). El modelo educativo como fundamento del accionar universitario.: Experiencia de la Universidad Técnica de Manabí, Ecuador. *Revista Cubana de Educación Superior*, 37(2), 151-164. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0257-43142018000200012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142018000200012&lng=es&tlng=es).
5. Valdez, Jorge. (2004). Brevísima Historia de la Educación. Médica. Research Gates, Avances. 1. 37-38. Monterrey, México. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/296333323\\_Brevisima\\_Historia\\_de\\_la\\_Educacion\\_Medica](https://www.researchgate.net/publication/296333323_Brevisima_Historia_de_la_Educacion_Medica)
6. Moran, Jesus. (2017). Sociedad Española de Nefrología. Nefroplus (vol. 9). Educación médica, 21-22. Recuperado de [https://static.elsevier.es/nefro/nefroplus/nefroplus9\\_1.pdf](https://static.elsevier.es/nefro/nefroplus/nefroplus9_1.pdf)
7. Baeta S, María F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84. Recuperado de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&tlng=es)

8. Pontificia Universidad Católica del Ecuador (2017). *Modelo educativo de la PUCE*. Quito. Recuperado de <https://www.puce.edu.ec/intranet/documentos/Reglamentos/PUCE-Modelo-Educativo-06-03-2017.pdf>
9. Castaño Castrillón, J. J., Florido, J. D., Galvis, J., & Maya. (2011). El perfil psicosocial de los estudiantes de medicina de la Universidad de Manizales. Recuperado de [https://www.academia.edu/61656452/El\\_Perfil\\_Psicosocial\\_De\\_Los\\_Estudiantes\\_De\\_Medicina\\_De\\_La\\_Universidad\\_De\\_Manizales\\_Colombia\\_y\\_Su\\_Relaci%C3%B3n\\_Con\\_El\\_Rendimiento\\_Acad%C3%A9mico\\_2011](https://www.academia.edu/61656452/El_Perfil_Psicosocial_De_Los_Estudiantes_De_Medicina_De_La_Universidad_De_Manizales_Colombia_y_Su_Relaci%C3%B3n_Con_El_Rendimiento_Acad%C3%A9mico_2011)
10. Singer, M. (2004). The social origins and expressions of illness, *British Medical Bulletin*; 69: 9–19. Recuperado de <https://academic.oup.com/bmb/article/69/1/9/523367>
11. Good, B. (2003). “Cómo construye la medicina sus objetos”. En medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica, Cambridge.
12. Menendez, E. (1994). “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”. *Revista Alteridades*.; 7: 71-83. Recuperado de <https://docplayer.es/6882256-Asignatura-optativa-antropologia-de-la-salud-profesora-a-cargo-dra-susana-margulies.html>
13. Grimberg, M. (1987). Salud y Práctica social en los trabajadores. Una propuesta desde la Antropología. *Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en Argentina*. Nuevas dimensiones de las CYMAT;3: 263 - 273. Recuperado de [https://www.conicet.gov.ar/new\\_scp/detalle.php?keywords=&id=19487&capitulos=yes&detalles=yes&capit\\_id=1457906](https://www.conicet.gov.ar/new_scp/detalle.php?keywords=&id=19487&capitulos=yes&detalles=yes&capit_id=1457906)
14. Pinilla, Análida Elizabeth. (2011). Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. *Acta Medica Colombiana*, 36(4), 204-218. Recuperado de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482011000400008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482011000400008&lng=en&tlng=es)

15. Guevara Mora, Gabriela (2010). Aprendizaje basado en problemas como técnica didáctica para la enseñanza del tema de la recursividad. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*, XI(20),142-167.. ISSN: 2215-2458. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66619992009>

16. Vergara Quintero, María del Carmen. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud- enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 41-50. Recuperado de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772007000100004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100004&lng=en&tlng=es)

17. Peña, Adolfo, Paco, Ofelia. (2003). El concepto general de enfermedad: revisión, crítica y propuesta Tercera parte: un modelo teórico de enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(1), 55-62. Recuperado de

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832003000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832003000100008&lng=es&tlng=es).

18. Dorantes, Armando. (2010). Salud y enfermedad. *Revista ADM*. 67(4), 156-162.

Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28970>

19. Jueas Rebeca, Alvarez Moises, Otero Benito & Garcia Beatriz. (2020). La importancia del Modelo Biopsicosocial frente al Modelo Biomédico en el Trabajo Social Sanitario. Ocronos Editorial. Recuperado de <https://revistamedica.com/modelo-biopsicosocial-biomedico-trabajo-social-sanitario/>

20. Guzmán, M. E. & Maldonado, P. (2020). Modelo Biopsicosocial en medicina. Bogotá: Biblomedica Editores. Recuperado de <https://institutosalamanca.com/blog/modelo-biopsicosocial-en-salud-cual-es-la-importancia/>
21. Simon George. (2020). Biopsychosocial Model of Health. *Psychology and Psychiatry*. Vol 4:1. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/344844447\\_Biopsychosocial\\_Model\\_of\\_Health](https://www.researchgate.net/publication/344844447_Biopsychosocial_Model_of_Health)
22. Buja, L.M. (2019). Medical education today: all that glitters is not gold. *BMC Med Educ* 19, 110. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1535-9>
23. Garces Jeny. (2017). El paradigma de la educación médica en América Latina - Problemas del campo curricular en América latina. *Revista de la Universidad Santiago de Cali*. Recuperado de <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/3363>
24. Peña P, Molina F, Barrabia M. (2017). Enseñanza de la historia de la Medicina en universidades de América Latina y España. *Cuba y Salud*; 12(2):35-44. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72868>
25. Margulies, S. (2014). La atención médica del VIH-Sida. Un estudio de antropología de la medicina. [Tesis de doctorado]. Buenos Aires: Ed. Facultad de Filosofía y Letras UBA. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD22349.pdf>
26. Epele, M. (2017). Sobre las posiciones etnográficas en la antropología de la salud en el sur de las Américas. *Salud colectiva*. 13(3):359-373. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1104>
27. Noceti, María Belen., Quiroga, Ana Florencia. (2018). Construcción del proceso salud-enfermedad- atención en la carrera de medicina de la UNS: aportes desde un enfoque

etnográfico de los espacios de aprendizaje. Recuperado de [Construcción del proceso salud-enfermedad-atención en la Carrera de Medicina de la UNS: aportes desde un enfoque etnográfico de los espacios de aprendizaje \(ABP\) \(unlp.edu.ar\)](#)

28. Berger P, Luckmann T, Zuleta S. (1997). La construcción social de la realidad. Amorrortu.

29. Freidson, E. (1994) Professionalism reborn: theory, prophecy, and policy..

30. Vargas Megarejo, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. Alteridades. Recuperado de [www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf)

31. Hellman, C. Disease versus illness in general practice. ( 1881). Journal of the Royal College of General Practitioners. 31 (230): 548–552. Recuperado de [Disease versus illness in general practice - PubMed \(nih.gov\)](#)

32. Magariños de Morentin, J. (1998). Manual operativo para la elaboración de “definiciones contextuales” y “redes contrastantes”. En Signa: Revista de la Asociación Española de Semiótica. Nro 7, pp 233-253. Recuperado de <https://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc708f7>

33. Taussig, M. (1992). La reificación y la conciencia del paciente. Un gigante en convulsiones.

34. Menéndez, E. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. Nueva Antropología: Revista de Ciencias Sociales. Recuperado de [Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina | Menéndez | Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales \(unam.mx\)](#)

35. Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Pp. 451- 464. Recuperado de [Menéndez - Modelo Médico Hegemónico y APS \(uba.ar\)](#)

36. Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*; 4(7), 71-83. Recuperado de [menendez-la-enfermedad-y-la-curacion.pdf](#) (wordpress.com)
37. Saavedra Javier, Verousckha Uchofen. (2016). Percepciones sobre la atención de salud en personas con problemas autoidentificados de salud mental en zonas rurales del Perú. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1043246>
38. Alvarez Julio, Alvarez Guadalupe. (2011). Las percepciones sobre la práctica médica en la región fronteriza de Chiapas; 8(16): 287-321. Recuperado de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-00632011000200016](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632011000200016)
39. Pesse-Sorensen K, Burgos S, Esnouf S. (2022). Formación médica en contextos de Atención Primaria Rural en Chile: contrastes con vivencias en espacios hospitalarios y entornos urbanos *Rev Bras Med Fam Comunidade*;17(44):3072. Recuperado de <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/3072/1712>
40. Bendezu-Quispe G, MariHuarache LF, Taype-Rondan A, Mejia CR, Inga-Berrosipi F. (2020). Percepción de los médicos que realizan el Servicio Rural y Urbano-Marginal de Salud en Perú sobre el primer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* ;37(4):636- 44. Recuperado de <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/5294>
41. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (2022). Recuperado de [Medicina | Pontificia Universidad Católica del Ecuador \(puce.edu.ec\)](#)
42. Goodson, L., & Vassar, M. (2011). An overview of ethnography in healthcare and medical education research. *Journal of educational evaluation for health professions*, 8, 4. Recuperado de <https://doi.org/10.3352/jeehp.2011.8.4>

43. Veletanga, J. (2020). Historia, aportes y retos de la Salud Rural en el Ecuador, tras 50 años de vigencia. Edición médica. Recuperado de [Historia, aportes y retos de la Salud Rural en el Ecuador, tras 50 años de vigencia \(edicionmedica.ec\)](#)
44. Institute for Health Metrics and Evaluations, (2019). Countries profile: Ecuador. Recuperado de [Ecuador | Institute for Health Metrics and Evaluation \(healthdata.org\)](#)
45. Libreros, L. (NaN, undefined NaN). The health-disease process and transdisciplinarity. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2012.v38n4/622-628/es>
46. Leung W. C. (2002). Why is evidence from ethnographic and discourse research needed in medical education: the case of problem-based learning. *Medical teacher*, 24(2), 169–172. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/01421590220125268>
47. Guzmán, R., Maldonado, P. (12 agosto, 2020 ) Modelo Biopsicosocial en Salud ¿Cuál es la importancia?. *Instituto Salamanca*. Recuperado de: <https://instsal.me/ybqvs>

## **7. CAPÍTULO ANEXOS**

### **7.1 Consentimiento informado**

Investigadoras principales:

-Alisson Enoe López Carrera

-Emily Jazmín Mejía Ortiz

Nombre de la institución a la que pertenecen las investigadoras

-Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Primera Parte: Descripción Introducción

El motivo de esta investigación es para el trabajo de Titulación de Médico General de las investigadoras. Se otorgará una invitación de participación, teniendo en cuenta previo a ello, la obtención del consentimiento informado autónomo del mismo. Dentro de la formación académica es fundamental el análisis de la percepción de los médicos graduados de la carrera de medicina de la PUCE sobre puntos claves que han contribuido su proceso educativo, por lo que el análisis del alcance del paradigma biopsicosocial dentro del proceso educativo y en el futuro profesional son de gran relevancia. Esta investigación es inédita y pretende hacer una primera evaluación de corte cualitativo sobre el impacto que esta metodología de aprendizaje tiene entre los médicos rurales graduados de la facultad de Medicina PUCE. El proyecto de tesis tendrá un apoyo metodológico del Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina PUCE y se insertará en el proyecto: “La experiencia biopsicosocial y cultural en la formación médica: estudio etnográfico comparativo”. Los resultados de nuestra investigación podrán ser comparados con las experiencias similares realizadas en las Universidades Nacional del Sur Argentina y Universidad Nacional de Chile con quienes la PUCE realiza en coordinación el

proyecto de investigación señalado.

### **Propósito**

Dentro de la formación académica es fundamental el análisis de la percepción de los médicos graduados de la carrera de medicina de la PUCE sobre puntos claves que han contribuido su proceso educativo, por lo que el análisis del alcance del paradigma biopsicosocial dentro del proceso educativo y en el futuro profesional son de gran relevancia para la continua mejora del proceso educativo en la PUCE. Los criterios de inclusión de nuestro estudio son únicamente ser médico graduado de la PUCE y haber cursado o estar cursando su año de salud rural en el periodo del 2021-2022 y además que el participante haya firmado el consentimiento informado.

### **Tipo de investigación**

La investigación es de tipo cualitativo descriptivo, analizará las experiencias y percepciones sobre el trabajo del médico rural graduado en la PUCE, la aplicación y uso del paradigma biopsicosocial en su formación y actividades como profesional. Mediante la realización de una entrevista de tipo etnográfica abierta y subjetiva la misma que será resuelta por el participante de manera voluntaria

### **Del participante**

La realización de la encuesta no es de carácter obligatorio el participante está en su libre decisión de colaborar con el investigador además el participante está en su derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento de la misma. Si el participante decide retirarse de la investigación los datos obtenidos del participante serán eliminados y no se utilizarán en la investigación. A su vez el participante podrá solicitar información sobre la investigación, en cualquier momento durante la misma. Se dará a conocer los medios de contacto de las investigadoras:

**Nombre de las investigadoras:**

<b>NOMBRE</b>	<b>CELULAR</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
Alisson Enoe López Carrera	0969167728	alopez540@puce.edu.ec
Emily Jazmín Mejía Ortiz	0987497708	emejia842@puce.edu.ec

**Duración**

La realización de las entrevistas durará un tiempo estimado entre 10 a 15 minutos aproximadamente.

**Beneficios**

La realización de las entrevistas por parte de los participantes no tendrá ningún tipo de beneficio ni compensación personal o económica. Pese a ello, su participación será vital para la obtención de información sobre las percepciones de los médicos rurales sobre el paradigma biopsicosocial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y de esta forma establecer estrategias adecuadas para la formación de futuros médicos de la PUCE según sean los resultados durante la investigación.

**Confidencialidad**

La confidencialidad de los participantes será absoluta, se le asignará un código durante la tabulación de los datos, de esta forma se asegura su confidencialidad al momento de la presentación de los resultados.

## **Parte II: Consentimiento Informado**

Yo \_\_\_\_\_, declaro que he leído este consentimiento informado y he comprendido en qué consiste mi participación en la investigación: “Percepciones sobre la experiencia del médico rural y el uso del paradigma biopsicosocial, estudio de caso de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) en el período 2021-2022”. El investigador ha sido transparente con la información sobre la Investigación, y se me ha informado que si surge cualquier duda o inquietud sobre la misma se me dará la información pertinente. He leído y comprendido los beneficios, riesgos, confidencialidad, propósitos y objetivos de la investigación, y la importancia de mi participación en la misma. Por tal razón, accedo de forma voluntaria a la participación de la presente investigación, teniendo en cuenta el pleno conocimiento de retirarme en cualquier momento durante se vaya desarrollando la misma

### **7.2 Entrevista:**

#### **1. Biografía**

Nombre y apellido

Edad

Sexo

Identificación étnica

Nombre de la plaza asignada para el año de salud rural

Provincia

## **2. Percepciones sobre salud, enfermedad, atención en su entorno de trabajo**

**(preguntas abiertas por favor conteste con sus propias palabras)**

- 1.- ¿Crees que las personas que habitan en comunidad o pueblo donde trabaja como médico rural son saludables?
- 2.- ¿Cuáles son las principales enfermedades de las personas que se presentan en su lugar de trabajo y cómo las tratas?
- 3.- ¿Qué factores durante su educación médica considera han influido en su formación profesional?
- 4.- En relación con la pregunta anterior ¿Crees que conocer esos factores han ayudado al tratamiento de sus pacientes?
- 5.- ¿Consideras que su formación le permite cumplir su labor como profesional de la salud?
- 6.- ¿Consideras que los aspectos sociales, culturales y ambientales son importantes para entender el proceso salud-enfermedad en la comunidad o pueblo donde trabajas como médico rural?
- 7.- ¿Has sentido que no estás capacitado para tu trabajo como médico rural?
- 8.- ¿Cuál ha sido tu mejor experiencia o aprendizaje como médico rural?

