

**ACTITUDES DEL MÉDICO INTERNO EN LA RELACIÓN ESTABLECIDA CON
EL PACIENTE HOSPITALIZADO, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO**

DAVID ENRIQUE VELÁSQUEZ CHAVEZ

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO**

2013

**ACTITUDES DEL MÉDICO INTERNO EN LA RELACIÓN ESTABLECIDA CON
EL PACIENTE HOSPITALIZADO, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO**

DAVID ENRIQUE VELÁSQUEZ CHAVEZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGO

ASESORA

MG. CLAUDIA MERCEDES CALVACHE CABRERA

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO**

2013

NOTA DE RESPONSABILIDAD

“Las ideas y conclusiones aportadas en este Trabajo de Grado, son de responsabilidad exclusiva de los autores”

Artículo 1ª del Acuerdo No. 324 de octubre de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación

COMENTARIOS:

Director trabajo de grado

Jurado A

Jurado B

TABLA DE CONTENIDO

TÍTULO..... 5

RESUMEN.....5

ABSTRACT.....6

INTRODUCCIÓN..... 7

OBJETIVOS..... 11

 Objetivo General..... 11

 Objetivos Específicos..... 11

MÉTODO..... 12

 Paradigma de investigación..... 12

 Enfoque de investigación..... 13

 Tipo de estudio..... 14

 Participantes 14

 Instrumentos de recolección de información.....14

 Procedimiento..... 16

 Análisis de datos..... 18

 Elementos Éticos y Bioéticos..... 19

RESULTADOS..... 19

 Componente Cognitivo.....20

 Creencias de las y los médicos internos frente al contacto con el paciente.... 20

 Importancia del vínculo.....20

 Importancia de la racionalidad..... 21

 Manejo de las emociones negativas.....22

 Atribuciones de las y los médicos internos de aspectos que influyen en la relación
establecida con los pacientes.....23

 Estrato socioeconómico de los pacientes.....23

 Estabilidad física y psicológica del paciente.....24

 Tiempo de hospitalización de los pacientes.....25

 Falta de tiempo.....26

 Escasa comunicación clara y sencilla de los especialistas con sus
pacientes.....27

Creencias de las y los médicos internos acerca de valores dentro de la Relación Médico Paciente RMP.....	27
Respeto y empatía.....	27
Veracidad.....	28
Responsabilidad.....	29
Privacidad y confidencialidad.....	30
Conocimientos de las y los médicos internos acerca de la comunicación no verbal en la RMP.....	30
Contacto visual constante.....	30
Expresiones de tensión.....	31
Importancia de percibir expresiones del paciente.....	32
Conocimientos de las y los médicos internos acerca de la comunicación verbal en la RMP.....	32
Comunicación clara y sencilla.....	32
Evaluación del estado general del paciente.....	34
Comunicación verbal precavida y cuidadosa.....	34
Componente afectivo.....	35
Valoración afectiva de las y los médicos internos con los pacientes.....	35
Compromiso.....	35
Empatía y tristeza.....	36
Nerviosismo.....	37
Indiferencia frente a la muerte.....	37
Condiciones de los pacientes que influyen en las emociones de las y los médicos internos.....	38
Edad de los pacientes.....	38
Estado de ánimo de los pacientes.....	39
Nivel educativo de los pacientes.....	40
Patología y cuadro clínico del paciente.....	40
Condiciones del entorno hospitalario que influyen en las emociones de las y los médicos internos.....	41
Retroalimentación negativa de los superiores.....	41

Toma de decisiones.....	42
Deber de informar mala noticias.....	43
Manejo de la información en los servicios.....	44
Componente conductual.....	45
Características del contacto físico entre médicos internos y pacientes.....	45
Contacto físico valorativo.....	45
Contacto físico cuidadoso.....	45
Contacto físico fraterno.....	46
DISCUSIÓN.....	47
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS.....	68
ANEXOS.....	74
Anexo 1	
Formulario de consentimiento informado	75
Anexo 2	
Guía de observación de los médicos internos.....	77
Anexo 3	
Formato entrevista semiestructurada.....	78
Anexo 4	
Matrices de categorías inductivas.....	80

**ACTITUDES DEL MÉDICO INTERNO EN LA RELACIÓN ESTABLECIDA CON
EL PACIENTE HOSPITALIZADO, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO**

RESUMEN

Con el fin de comprender las actitudes del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente durante su hospitalización, en el Hospital Universitario Departamental de Nariño (HUDN) se El trabajo estuvo enmarcado dentro del paradigma cualitativo y se basó en el enfoque Histórico Hermenéutico. Los participantes fueron 5 médicos internos del HUDN. Respecto al procedimiento, en primer lugar fueron construidos los formatos-guía para el vaciado de la información de las observaciones; de igual manera se puntualizó las preguntas orientadoras para la entrevista semi-estructurada, las cuales fueron evaluadas por jueces expertos y pares para su correspondiente corrección y consolidación. A partir de la aplicación de la observación y posteriormente de la entrevista semi-estructurada, se estableció la guía para el trabajo de grupo focal. Después de la recolección de la información se inició la transcripción de los datos recogidos, los cuales fueron sistematizados, analizados e interpretados a partir de una matriz de análisis descriptiva en base a categorías deductivas dadas por referentes teóricos, particularmente del Modelo Tridimensional de las Actitudes. Mediante la investigación se encontró que el grupo de médicos internos considera de gran importancia el establecer un vínculo empático por medio del cual no sólo se le dé importancia a la sintomatología que aqueja al paciente; de igual manera evidenciaron conocimiento óptimo respecto a los componentes de la comunicación verbal y no verbal, lo cual fortalece y favorece la interacción con sus pacientes. Esta investigación se consolida como una fuente de información que aporta a los procesos comprensivos de las actitudes de un grupo particular de médicos internos del HUDN y además sienta bases para favorecer los procesos psicológicos en el ámbito hospitalario en torno a la Relación Médico Paciente (RMP).

Palabras Claves: Médico Interno, Actitudes, Relación Médico Paciente (RMP).

ABSTRACT

The present research tried to understand the attitudes of the internal doctor concerning the relation that establishes with the patient during the hospitalization, in the services of Orthopedics, Internal and Surgical Medicine of Nursing School Departmental Hospital of Nariño. The work was framed inside the qualitative paradigm and was based on the Historical Hermeneutic approach. The participants were 5 internal doctors of HUDN.

With regard to the procedure, the format-guides were constructed for the emptying of the information of the observations; of equal way the adviser questions were specified for the semi structured interview, which were evaluated by expert judges and pairs for the corresponding correction and consolidation. From the application of the observation and later of the semi structured interview, the guide for the work of focal group was established.

After the data collection the transcription of the data collected was initiated, systematizing, analyzing and interpreting from a descriptive analysis matrix based on deductive categories given by theoretical references, particularly the Three-Dimensional Model of Attitudes.

By means of this research it was found that the group of internal doctors think that establishing a sympathetic relation is relevant because of this, it could be generate importance to the symptom present in the patient; besides they made evident the very best knowledge concerned to the components of the verbal and no-verbal communication, the same that strengthens and favors the interaction with their patients.

This work is consolidated as a source of information that reaches to the comprehensive processes of the attitudes of a particular group of internal doctors of the HUDN and in addition it establishes bases to favor the psychological processes in the hospitable area concerning the Medical Patient Relation (RMP).

Key Words: Internal doctor, attitudes, Relation Medical Patient.

INTRODUCCIÓN

Al interior del contexto hospitalario, las relaciones establecidas entre los profesionales de la salud con sus pacientes toman valor terapéutico al momento del tratamiento; en particular, la establecida con el médico, dado que a pesar de que otros profesionales de la salud pasan más tiempo con el paciente, como por ejemplo las enfermeras y enfermeros, es en el médico en quien el paciente y sus acompañantes ubican su confianza y humanidad con el fin de ser “curado”; por ello la **Relación Médico Paciente RMP** es central en el contexto sanitario. Según Gracia (2000) la RMP “es tan antigua como la propia medicina; al menos desde los albores de la medicina occidental, podemos seguir la evolución y los avatares de una y de otra, que por lo demás no son separables” (p. 14). Este tipo de relación es primordial y fundamental en la dinámica hospitalaria. Rodríguez, S. (2006) afirma que la RMP presenta connotaciones éticas, filosóficas, sociológicas y de tipo profesional, que sirven de base a la gestión de salud, razón por la cual el procedimiento médico debe ser integral, en la medida de tener presentes los componentes biológicos, psicológicos y sociales, como factores determinantes en el proceso de optimización de la salud; la RMP no debe ser netamente enfocada a la recuperación del órgano o sintomatología específica que afecta al paciente, debido a que esto no necesariamente garantiza el éxito del tratamiento; a pesar de ello, los contextos sanitarios “se tornan cada vez más científicos, técnicos y costosos, lo cual hace que se vuelvan deshumanizantes, que sufra la relación médico-paciente y que los mismos pacientes se vean en parte manipulados y no se tenga suficientemente en cuenta su consentimiento” (Llano, 2001, p. 7).

La RMP exige del médico una elevada calidad moral, lo cual tanto a él como individuo, y a las instituciones prestadoras de salud, les ha planteado problemas éticos, sobre todo si se tiene presente que la experiencia de enfermedad como acontecimiento estresante puede estar dada según Rodríguez y Marín (1995 citado en Morales, Huici, Gómez & Gaviria, 2008) en función de los síntomas que presenta (estresor físico), como de los estados afectivos y cognitivos del individuo que en ocasiones causan la propia enfermedad (estresor psicológico); también por la alteración que provoca en la interacción social habitual (como estresor social), y por último, por las creencias, significados y símbolos que sobre ellas se transmiten en la propia cultura (estresor cultural).

Cabe mencionar, en el caso particular de los Hospitales Universitarios, que los pacientes, entre ellos los hospitalizados, interactúan con diversos tipos de médicos (especialistas, generales, residentes, entre otros), entre los que se encuentran los médicos internos, los cuales están atravesando un proceso de formación profesional que consiste básicamente en un trabajo formativo, fundamental para conseguir su título como profesional egresado de la educación superior. En la mayoría de los casos el médico interno, respecto a otro tipo de médicos, es quien mantiene un contacto más constante y continuo con el paciente hospitalizado, debido en cierta medida a que enfoca su labor directamente a la institución hospitalaria que le brinda la oportunidad de continuar su formación profesional, caso contrario al de otro tipo de médicos, los cuales en gran mayoría prestan sus servicios a diferentes contextos y deben atender diversidad de actividades.

A pesar de que el médico interno, por lo general, enfoca su labor diaria a un solo contexto hospitalario, es importante reconocer que éste también se encuentra continuamente bajo una gran carga laboral, debido a la constante demanda social de sus servicios; de esta manera no sólo debe comprometerse con el malestar de sus pacientes, sino que al mismo tiempo debe responsabilizarse a diario por crecientes volúmenes de información, tecnologías, protocolos, leyes y normas que varían permanentemente. De igual manera, cabe añadir que a aquellos médicos que están al servicio de una entidad prestadora de servicio de salud, como los médicos internos con los cuales se adelantó el presente estudio, se les solicita la atención simultánea de las necesidades tanto del paciente como de las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS), debido a que por una parte se les exige tomar decisiones en beneficio del tratamiento del usuario, y por otra, en pro de la estabilidad misma de las IPS; “el médico se ve obligado entonces a asumir una doble función: frente al paciente como fiduciario de los derechos del mismo, y frente a la organización a la cual debe responder por la rentabilidad económica, generándose un dilema moral de lealtades contrapuestas o de "doble lealtad". El modelo tradicional secular de un paciente que acude a su médico para que éste actúe como su agente y tome decisiones a su favor, utilizando un conocimiento avanzado con total autonomía, retribuido con un honorario, ha cambiado por el de un agente con dos funciones principales: el paciente y el tercer pagador (o el grupo de personas asociadas en el fondo de seguros)” (Torres, 2006, p. 5.)

Así, pues, es trascendental comprender que en la RMP intervienen diversos mundos personales que involucran elementos emocionales, psicológicos, sociales y físicos; en el caso particular del médico interno, éste va más allá de una “máquina tecnificada de curación”, pues implica a una persona que ha asumido el rol de médico frente a su paciente, contando con individualidad única e irrepetible, lo cual debe ser tenido en cuenta por las instituciones de salud, dado que día a día deben optimizar y mejorar el servicio brindado a la sociedad, para lograr así ser competentes frente a las demandas del entorno; esto implica brindar un tratamiento integral con constante optimización en diversos niveles como lo humano, técnico y tecnológico.

En este orden de ideas, el presente trabajo desde una perspectiva psicológica, realizó un estudio de las actitudes que tiene un grupo de médicos internos frente a la relación establecida con sus pacientes, todo ello desde la comprensión de los componentes actitudinales: afectivo, cognitivo y conductual. Lo anterior es fundamental si se tiene en cuenta que dentro de los ámbitos sanitarios es importante abrir espacios en los cuales se propenda por mejorar las condiciones para sus trabajadores y sus usuarios desde un modelo psicosocial. Según Ariansen (2008) “hasta hoy día, con toda la ciencia que disponemos, la actitud del médico influye decisivamente en la curación del enfermo; sus palabras, el afecto y la confianza tienen enorme valor terapéutico”, por ello es fundamental adelantar procesos comprensivos de la misma.

La presente investigación toma gran relevancia dentro de nuestro contexto específico, si se tiene en cuenta que hasta el momento el objeto de análisis no se ha profundizado; es así como dentro de los registros de trabajos de grado de Psicología de la Universidad de Nariño, Universidad Mariana, Institución Universitaria CESMAG, no se encontró ningún trabajo que presente como objeto de estudio la RMP, abordado desde el área de Psicología. Por su parte en tesis de enfermería de la Universidad Mariana se encuentran trabajos que estudian aspectos psicológicos y relacionales dentro de la experiencia de hospitalización; entre otros, aquellos que toman como referente la temática de las actitudes o elementos afines a estas se encuentran los títulos: Sentimientos de pacientes y familiares ante el cuidado del personal auxiliar de enfermería de los servicios de quirúrgicas y especiales del Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto (Bolaños & Ortega,

2004); Actitudes del personal de enfermería en las relaciones terapéuticas con el paciente, familia y enfermedad en el servicio de Quirúrgicas del HUDN (Cortez, Chávez & Yépez, 2001); Conocimientos, prácticas y actitudes del personal auxiliar de enfermería que atienden a los usuarios con VIH-Sida del servicio de medicina interna del HUDN (Bastidas, Enríquez & Fuertes, 2004); Sentimientos de las pacientes y sus familiares ante el cuidado de las estudiantes de Enfermería de VIII semestre de la Universidad Mariana en el servicio de Ginecobstetricia del HUDN (Cabezas, Caicedo & Hernández, 2003); Creencias que tienen los profesionales de Enfermería en el cuidado brindado a personas con VIH-Sida en un hospital de tercer nivel de un municipio del departamento de Nariño en los servicios de Urgencias, Ginecología y Medicina Interna (García & Rojas, 2011).

Las mencionadas investigaciones fueron de importancia para el presente estudio, puesto que permitieron tener un referente contextual de elementos inmersos en las actitudes, como los sentimientos, creencias, conocimientos, entre otros, estudiados en relación con el fenómeno de la interacción entre un profesional de la salud (como las enfermeras y enfermeros) y su paciente; claro está, teniendo en cuenta que, a diferencia de los estudios anteriormente mencionados, el presente trabajo realizó una comprensión específica de las actitudes del médico interno enfocadas a la relación establecida con el paciente hospitalizado.

A nivel de Colombia se encuentra el estudio adelantado por Guevara, Henao y Herrera (2002), en el cual abordan el “Síndrome de desgaste profesional (SDP) en médicos internos y residentes en el Hospital Universitario del Valle”. Dentro de sus resultados afirman que el 85.3% de los médicos con los cuales se trabajó en su estudio (128/150) tenían SDP, en donde el desgaste emocional fue el más afectado; además el 68% (102/150) del grupo presentaban disfunción familiar. Los datos obtenidos en el mencionado estudio permitieron sustentar parte de la información que se recogió por medio de la presente investigación.

Para finalizar, cabe anotar que la interacción entre las y los médicos internos con sus pacientes se presenta como un fenómeno relacional complejo del cual, como se había mencionado, no se dispone de trabajos que aborden esta problemática de manera sistemática en nuestro contexto particular de la ciudad de Pasto; por ello fue valioso el

desarrollo del presente estudio, que permitió profundizar en la RMP y establecer dentro del sistema de actitudes del grupo de médicos internos, la presencia de: creencias que favorecen el establecimiento de un vínculo empático, un amplio conocimiento de carácter formal en torno a los conceptos verbales y no verbales, atribuciones prevalentemente de carácter externo para explicar las dificultades y vicisitudes que acontecen en la RMP; de igual manera, se reconoció ciertas circunstancias del entorno hospitalario que afectan negativamente el desempeño y accionar del grupo de médicos internos frente a sus pacientes.

De esta forma mediante los diferentes hallazgos de la presente investigación se pudo sentar bases para posteriores trabajos que pretendan ahondar en el campo de las relaciones sociales al interior del ámbito hospitalario del contexto de Nariño. Finalmente, cabe resaltar que la actual investigación se presenta como un aporte significativo en cuanto a la posibilidad que abrió a la Psicología para circunscribirse en el contexto de los hospitales universitarios de Pasto, en los cuales es fundamental brindar atención a sus usuarios desde un enfoque que tenga presente los aspectos físicos y psicológicos del ser humano.

OBJETIVOS

Objetivo general

Comprender las actitudes del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente durante su hospitalización, en los servicios de Ortopedia, Medicina Interna y Quirúrgica del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

Objetivos específicos

Examinar las creencias del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente durante su hospitalización.

Develar los conocimientos del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente durante su hospitalización.

Examinar la valoración afectiva del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente durante su hospitalización.

Develar los patrones conductuales del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente durante su hospitalización.

MÉTODO

Paradigma de Investigación

El presente estudio se basó en los lineamientos y supuestos del paradigma cualitativo, teniendo en cuenta que “puede ser utilizado para obtener detalles complejos de algunos fenómenos, tales como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, difíciles de extraer o de aprehender por métodos de investigación más convencionales” (Strauss, A., Corbin, J., 2002); de esta manera se obtuvo información sobre la RMP con base en la comprensión de las actitudes del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente durante su hospitalización, en los servicios de Ortopedia, Medicina Interna y Quirúrgicas del Hospital Universitario Departamental de Nariño, entendiendo que éstas (actitudes) no pueden ser determinadas por supuestos teóricos previamente existentes, debido a que tanto el médico como el paciente, interactúan entre sí dependiendo de los significados que cada uno da a la relación establecida. De esta manera la investigación cualitativa posibilita comprender en específico, componentes de las actitudes, tales como: las creencias, conocimientos, valoraciones afectivas y patrones conductuales en un contexto espacial y temporal determinado; eso quiere decir dentro de un proceso histórico, entendiendo que es transformado y validado por los mismos sujetos inmersos en él.

Se reconoce que el estudio no tuvo como objetivo primordial la generalización de la información obtenida, sino más bien, la profundización de las actitudes del médico interno en el contexto particular del HUDN; la preocupación de la investigación cualitativa “no es prioritariamente medir, sino describir textualmente y analizar el fenómeno social a partir de sus rasgos determinantes, según sean percibidos por los miembros de la situación estudiada” (Bonilla & Rodríguez, 1997, p. 62). Para ello se hizo fundamental establecer una comunicación directa con las y los médicos internos con el fin de comprender sus actitudes hacia la relación establecida con los pacientes hospitalizados.

El presente paradigma permitió hacer uso de la flexibilidad y circularidad puesto que no siempre se operó en base a un esquema preestablecido y rígido; de esta manera se logró incluir elementos dentro del diseño durante las fases del proceso investigativo; respecto a ello Flick (2007) menciona: “es uno de los puntos fuertes del enfoque, porque obliga al investigador a reflexionar permanentemente sobre el proceso entero de investigación y sobre los pasos particulares a la luz de los demás, al menos cuando se aplica de manera uniforme” (p. 58). Por su parte Bonilla y Rodríguez afirman: “en la investigación cualitativa las etapas no son excluyentes sino que operan en un verdadero proceso de raciocinio inductivo e interactivo” (p. 120), por tanto se entiende que las etapas se retroalimentan y se confrontan permanentemente.

Enfoque de investigación

La experiencia humana tiene sentido en el contexto donde se interactúa, como un acto comunicativo fundamental. Por lo tanto no es posible descontextualizar la experiencia humana, como tampoco es lógico utilizar un lenguaje ajeno y neutral (López, 2001); por esta razón en la presente investigación se hizo uso del enfoque Histórico Hermenéutico, el cual presenta un interés central en el contexto, en el que se desarrolla la vida de los seres humanos, se da importancia a las interacciones comunicativas para construir el sentido de la realidad, que es lo que el proceso de comprensión e interpretación de los hechos persigue. (León y Montero, 2002).

La comprensión de la realidad social dentro del enfoque hermenéutico según Sandoval C. (2002) se asume bajo la metáfora de un texto, el cual es susceptible de ser interpretado mediante el empleo de caminos metodológicos con particularidades muy propias que la hacen distinta a otras alternativas de investigación.

Se reconoce así que la presente investigación fundamentó su ejecución bajo los lineamientos del enfoque Histórico Hermenéutico, dado que permitió interpretar y comprender la realidad que un grupo de Médicos Internos tienen en torno a la relación establecida con sus pacientes hospitalizados, teniendo en cuenta como lo menciona López (2001) que las personas procesan, elaboran e interpretan los objetos o situaciones de forma selectiva, construyendo cada quien diferentes representaciones del mismo.

Tipo de estudio

La etnografía intenta estudiar los fenómenos sociales incorporados en el discurso y las acciones a través del análisis de las actividades de los individuos, para Garfinkel (2000, citado en Urbano, 2007) la etnografía es la investigación empírica de los métodos que utilizan los individuos para dar sentido y al mismo tiempo realizar sus acciones cotidianas: comunicar, tomar decisiones, razonar, y cuyo propósito principal radica en describir el mundo social, con su continuo proceso de construcción, emergiendo como realidad objetiva, ordenada, inteligible y familiar.

Este diseño no sólo se enfoca en describir el fenómeno estudiado, sino que también busca conocer y descifrar prácticas culturales y a su vez develar sus sentidos y significados en su propio contexto, permitiendo acceder a culturas diferentes, describirlas y comprender su *modus vivendi* (López, 2001, p 90). Su objetivo es realizar descripciones comprensivas de las elaboraciones culturales que realizan las personas desde su propia posición, para ello el estudio de corte etnográfico contempla la importancia de la permanencia de los investigadores en el lugar donde surge el fenómeno a investigar, la convivencia con las personas cuyas percepciones y visiones serán la base de la construcción del objeto de estudio.

Teniendo en consideración que en el caso particular de la presente investigación se enfoca el estudio a comprender las actitudes de un grupo pequeño de médicos internos (5), en un tiempo (rotación por los servicios) y lugar específicos como los servicios de medicina interna, ortopedia y quirúrgicas del HUDN, el tipo de estudio utilizado fue una división de la etnografía, la **MICROETNOGRAFÍA** la cual permite tomar como foco de estudio y análisis a grupos reducidos.

Participantes

El trabajo se adelantó con población del Hospital Universitario Departamental de Nariño; particularmente en la aplicación de la observación y de las entrevistas semiestructuradas se trabajó con 5 médicos internos que se encontraban realizando su rotación en los servicios de Medicina Interna, Ortopedia y Quirúrgicas. La aplicación del Grupo Focal contó con la presencia de 4 de ellos.

Instrumentos de recolección de información

En un primer momento se hizo uso de la Observación semi-estructurada, la cual se presenta como una técnica de recolección de datos que se basa en la observación de la realidad en la que viven las personas en su cotidianidad, complementándola con los conceptos que emergen de su propio discurso y que se traducen en componentes cognitivo, afectivo y conductual, relacionados con la situación de su vida. Esta estrategia se apoyó de un registro fílmico manejado por el investigador, en el cual se registró todas las acciones desarrolladas por las y los médicos internos en una de sus revisiones de rutina al paciente.

Posteriormente se hizo uso de entrevistas semi-estructuradas para la recolección de datos, entendiendo a éstas como una modalidad de entrevista en las cuales se hace la utilización de un cuestionario realizado previamente y de una serie de preguntas que permitan recoger información más allá de lo preestablecido; esto quiere decir, permitiendo que la información se vaya contemplando en la medida en que se geste el acercamiento entre el entrevistador y el entrevistado. En la investigación, la entrevista semiestructurada se tomará como un diálogo cara a cara con el médico interno en la cual se desarrolla la temática referente a la RMP. La entrevista semi-estructurada, a diferencia de una entrevista cerrada, permite la flexibilidad a la hora de reunir la información, facilitando la indagación y comprensión de las actitudes del médico interno, de tal manera que puedan ser interpretados sin imponer direccionamientos previos y esquemáticos que influyan en las verbalizaciones de ellos. Patton (1980, citado en Bonilla & Rodríguez) afirma que el objetivo de este tipo de entrevista es conocer la perspectiva y el marco de referencia a partir del cual las personas organizan su entorno y orientan su comportamiento.

Luego de la aplicación de las entrevistas semi-estructuradas, se estableció la guía para el trabajo de grupo focal de discusión, el cual permitió, por una parte, centrar la atención e interés en el tema específico de la RMP, y por otra, abrió una “discusión” entre los asistentes, por medio de la interacción discursiva y la contrastación de las opiniones.

“El objetivo fundamental del grupo focal es alcanzar o lograr el descubrimiento de una estructura de sentido compartida, si es posible consensualmente, o, en todo caso, bien fundamentada por los aportes de los miembros del grupo” (Martínez, 2007). Utilizar la

técnica de grupo focal permitirá contrastar la información anteriormente recogida por medio de las observaciones y entrevistas semiestructuradas, debido a que posibilita centrarse en la diversidad y variedad de las actitudes y experiencias de los médicos internos, las cuales se discutirán y elaborarán a lo largo de la jornada de trabajo.

Según Martínez (2007) el investigador no debe participar en la producción de las ideas, ni, mucho menos, evaluar, aprobar o desaprobar el contenido de lo que va apareciendo; sólo guiará la reunión dando la palabra, si ello es necesario, trayendo la conversación hacia la temática en cuestión si hay digresiones serias, pidiendo que concreten o integren sus ideas si se presenta dispersión u otras situaciones similares.

Finalmente, cabe resaltar que la discusión dentro del trabajo de grupo focal se registró en grabación de audio con el fin de favorecer su análisis posterior; ello fue realizado bajo previo consentimiento de los médicos.

Procedimiento

El procedimiento se separó por fases para explicar con mayor detalle cada uno de los pasos a realizar para el logro de los objetivos:

1. Contextualización y formulación del problema de investigación. La formulación del problema de la presente investigación se fundamenta en el acercamiento que se hizo con el Hospital Universitario Departamental de Nariño durante los años 2008 y 2009 por parte de la Unidad de Psicología de la Universidad de Nariño. Se quiso continuar con los beneficios que genera la aplicación del campo de la psicología en el contexto hospitalario, en el caso particular del presente estudio, mediante la comprensión de las actitudes del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente hospitalizado.

2. Elaboración del diseño de la investigación, dentro del cual se puntualizó los objetivos de la investigación, problema, metodología, método y tipo de estudio. De igual manera se determinó la muestra de estudio y técnicas para recoger la información. Respecto al análisis de los datos se determinó hacerlo por medio de categorías deductivas e inductivas. La primera de estas se encuentran determinadas por modelos de análisis y marcos teórico previamente definidos por el investigador, en el caso de la presente investigación se

establecieron las categorías en base al modelo tridimensional de las actitudes de Hovland y Rosenberg (1960) quienes contemplan los componentes: cognitivo, afectivo y conductual. Por otra parte respecto a las categorías inductivas, estas emergen de los datos con base en el examen de los patrones y recurrencias presentes en ellos. (Bonilla y Rodríguez, 1995).

La categorización y elaboración de la guía de preguntas orientadoras surgió de los siguientes aspectos: objetivo general de la investigación, objetivos específicos y marco teórico.

3. Validación de la guía de preguntas orientadoras. El proceso de validación se desarrolló con la colaboración de jueces expertos y pares de los médicos internos con los cuales se trabajó.

4. Solicitud del permiso a las directivas del HUDN. Se hizo un primer acercamiento al Hospital Universitario Departamental de Nariño con el fin de solicitar el espacio y la aceptación para desarrollar las actividades que se tenía estipuladas en la investigación. El proyecto fue entregado al Subgerente de Prestación de Servicios, el cual se presentó de manera receptiva a la propuesta. Posterior al estudio de la misma brindó el aval para adelantar las actividades.

5. Trabajo de campo. Para ello se comenzó con un acercamiento hacia los médicos internos, informándoles acerca de los objetivos, pretensiones del estudio y de la posibilidad de participar voluntariamente, bajo previo consentimiento informado (ver anexo 1). Se propuso realizar la primera observación dentro de una de sus revisiones de rutina a sus pacientes, en las habitaciones de los servicios de Medicina Interna, Ortopedia y Quirúrgicas del HUDN; para almacenar los datos se hizo uso de guías de observación y registros fílmicos, que favorecieron el vaciado de información y análisis de discurso. Cabe resaltar que con el fin de disminuir el sesgo del observado, se realizó primero la observación en lugar de la entrevista semiestructurada, con el fin de no predisponer al médico interno con la información contenida en la entrevista semiestructurada.

Posterior a ello se aplicó la entrevista semiestructurada de manera individual a cada uno de las y los médicos internos en uno de los salones en que se imparte clases dentro del servicio de Medicina Interna. A partir de la aplicación de las entrevistas semiestructuradas

y del análisis que emerge de la información recolectada, se estableció una guía para el trabajo de grupo focal, el cual posteriormente se hizo con 4 de los 5 médicos internos; la fecha y hora se puntualizó en conjunto con las y los asistentes.

6. Generación de los resultados. Se transcribió todos los datos recogidos a lo largo de la aplicación de los instrumentos, se sistematizó y analizó la información a partir de la matriz de análisis descriptiva (ver anexo 3), la cual permitió ordenar y distribuir adecuadamente la información en categorías y subcategorías inductivas.

7. Resultados y Discusión. Se realizó el apartado de resultados en el cual se incluye una descripción de toda la información recogida con el grupo de médicos internos. Finalmente se realiza la discusión, la cual surgió de la triangulación entre los resultados finales obtenidos en la investigación, los referentes teóricos con los cuales se discute los resultados y el análisis realizado por el investigador.

Análisis de datos

Con el fin de sistematizar y analizar los datos recogidos se hizo uso del proceso de categorización tanto deductivo como inductivo. En un primer momento se hizo de manera deductiva; para ello se tomó del modelo tridimensional de las actitudes sus componentes estructurales tales como: cognitivo, afectivo y conductual, y se los ubicó como categorías deductivas; de esta manera se puede decir que las mencionadas son un reflejo de la teoría; así mismo el proceso de categorización comprendió una parte inductiva, en donde se reconoce de antemano que las categorías emergen totalmente de los datos con base en los patrones recurrentes presentes en ellos y tienen como fin reflejar el marco referencial cultural del grupo estudiado (Bonilla y Rodríguez, 1997); para ello se estableció el proceso de triangulación, el cual se entiende como la combinación de varias técnicas para la recolección de información que permite lograr una visión más amplia y completa del fenómeno en estudio (Bonilla y Rodríguez, 1997; Flick, 2007; Zapata, 2005).

En este orden de ideas, la triangulación de la información se hizo en base a los datos obtenidos y codificación hecha a partir de la aplicación de las técnicas de: observación, entrevistas semi-estructuradas y trabajo de grupo focal; ello dio como resultado las categorías inductivas que responden a la especificidad propia del material recogido desde la

perspectiva de los médicos internos focalizados. Esta codificación permitió interpretar los datos en búsqueda de sentidos y encontrar significado a los resultados buscando diferentes dimensiones que permitieron construir una visión integral de la temática en estudio (Bonilla y Rodríguez 1997). Posteriormente se relacionó las categorías inductivas para formar una explicación más precisa y completa sobre el fenómeno que se está estudiando (Strauss y Corbin, 2002), cabe resaltar que fue en base a la construcción del proceso de triangulación que se elaboraron los resultados finales de la investigación y su correspondiente discusión.

Elementos éticos y bioéticos

El presente estudio fundamentó su estructuración en los lineamientos del código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de la psicología y demás consideraciones de la ley 1090 del 2006. Como primera medida se tuvo presente la confidencialidad de la información brindada por las y los médicos internos, la cual se utilizó bajo previa firma del consentimiento informado por cada uno y cada una; de igual manera se propendió por el bienestar de todo el grupo con el que se trabajó, razón por la cual en la presente investigación se respetó y protegió la integridad de los participantes. Esto es mencionado en el Título II, Disposiciones generales, en el Artículo 2º, Puntos 5 y 6, Confidencialidad y bienestar del usuario, respectivamente.

De igual manera, de acuerdo al Artículo 2º del Título 9 “Investigación con Participantes Humanos”, se realizó la investigación respetando la dignidad y el bienestar de los médicos internos que participaron en la aplicación de todo el proceso, por lo tanto se tuvo pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

Respecto a la aplicación de los instrumentos, ésta se realizó bajo previo consentimiento informado, la información fue recogida mediante grabaciones que permitieron realizar un vaciado de información y la identificación de categorías desde el análisis de discurso, la cual se conserva hasta el momento. En el caso de que se requiera publicar la información se lo podrá hacer manteniendo el anonimato.

RESULTADOS

Los resultados que se describe están dados a partir de la triangulación de la información recolectada a lo largo del trabajo de campo por medio de la aplicación de: observación, entrevistas semiestructuradas y trabajo de grupo focal. A continuación se presenta los resultados finales de la investigación en base al modelo tridimensional o de los tres componentes de Hovland y Rosenberg (1960), en donde se define la actitud como una predisposición a responder a un determinado estímulo, la cual se encuentra formada por tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. El primero hace referencia al conjunto de creencias, opiniones o ideas que recaen sobre el objeto actitudinal; por parte del aspecto afectivo se entiende la evaluación del objeto actitudinal en términos de agrado-desagrado o sentimientos positivos-negativos; y finalmente el aspecto conductual trataría la predisposición o intenciones a actuar de una determinada manera hacia el objeto de actitud. En este modelo la actitud es un “constructo hipotético” que media entre los estímulos que la provocan y las conductas consecuentes que sí se observan directamente (Stahlberg & Frey, 1991).

Para una mayor comprensión de la información se hará una descripción detallada de los resultados por ejes categoriales, categorías deductivas e inductivas, lo que se sintetiza en la Matriz de resultados que se presenta en el Anexo 3.

Componente cognitivo

Creencias de las y los médicos internos frente al contacto con el paciente

Importancia del vínculo

Acogiéndose a la definición propuesta, se encuentra que las y los médicos internos, dentro de sus creencias, consideran fundamental dar importancia al vínculo que establecen con sus pacientes, dado que se favorece la afinidad en el momento de interactuar con ellos (*“yo pienso, o sea que cada paciente es familiar y por eso creo que igual, tengo más afinidad con el paciente”, “a pesar de que dicen que está mal, es necesario para que ellos te colaboren, o sea: uno tiene que ser amable y hacer un vínculo para que te colaboren y para que ellos salgan adelante”*). De igual manera, la mayoría considera que el tipo de vínculo que establecen con los pacientes influye en su recuperación física, y por lo tanto se

evidencia una posición en la cual se considera que los aspectos emocionales, psicológicos y físicos están relacionados para el restablecimiento de la salud del paciente (*“muchos de los pacientes presentan sintomatología física, sino esa sintomatología física afecta su salud psicológica y mental”*); lo anterior se muestra en la afirmación relatada por una de las médicas internas: *“si nosotros nos sentamos a hablar con los pacientes y todo, ellos ya bajan su tensión, se sienten mejor”, “nos relacionamos más, hacemos que ellos se desahoguen, que nos cuenten sus cosas y va a bajar la tensión de ellos; por lo tanto ya no va a haber más dolores de cabeza o cefalea tensional y va a disminuir el dolor abdominal que se presenta en el síndrome de colon irritable”*.

En particular se evidenció que uno de los médicos internos no presenta una postura afín a la idea anterior; es así como evidencia que en el vínculo no se debe dar importancia amplia a las emociones del paciente en el proceso de hospitalización; de esta manera menciona: *“es mejor ir a lo que tiene y ya, sólo me preocupo por eso; o sea, no voy a preguntarle ¿qué, cómo está en la casa? ¿si se lleva bien con su familia? o a valorar otras cosas no (...) uno no se preocupa por eso”*; *“uno aquí es a dar el tratamiento y que se recupere y ya, listo; o sea, a uno aquí le importa cinco, por decirlo así, que esté mal en la casa, que esté deprimido, que se le murió un familiar y que por eso está así”*; *“bueno, pues no radical, trato de preocuparme algo, pero pues no mucho y ya”*.

Asimismo, la mayoría de las y los médicos internos cree que es importante percibir al paciente como una persona y no como un objeto de trabajo (*“A mí me parece que uno, a un paciente no lo tiene que ver como un objeto del trabajo de uno, que toca ver al paciente después, eso es lo que me va a dar para vivir, dependiendo de cuántos pacientes vea; no verlo como un objeto o como un lucro”*).

Importancia de la racionalidad

Los médicos internos identifican que la toma de decisiones en el tratamiento de sus pacientes debe estar caracterizada por la racionalidad (*“creo que he aprendido; si, soy muy sentimental y todo, pero a mí me toca tomar decisiones con lo racional”*); coinciden en la creencia de que establecer un vínculo afectivo fuerte con sus pacientes puede influir en su capacidad racional para decidir en el procedimiento médico, (*“cuando uno se empieza a*

involucrar de más, ya no es objetivo con el paciente; o sea, ya empiezas a mirar lo que le conviene, porque al fin y al cabo te está conviniendo a ti”), sobre todo en aquellas decisiones que pueden y deben tomar como médicos internos y que podrían generar un beneficio extra para sus pacientes, lo anterior, asegura el grupo, es incorrecto puesto que deben ser ecuanímenes al momento de atender a todos sus usuarios; una de las médicas internas menciona: “por ejemplo si tú tienes un paciente y le están dando tal medicamento, pero como tú eres más amiga de ese paciente, quieres darle algo mejor, así el POS no lo cubra; entonces tú te metes a hacer todo, porque generalmente los especialistas no te revisan, entonces tú lo haces con la firma de ellos, te metes para que ellos se sientan mejor, a veces lo haces porque uno mira que no reacciona, pero eso está mal porque tú estás cogiendo preferencias por cierto paciente, por tus pacientes”.

Manejo de las emociones negativas

El grupo de médicos internos considera importante manejar sus emociones negativas al momento de tener contacto con sus pacientes, dado que pueden perjudicar al paciente y su tratamiento; debido a ello creen que es fundamental no demostrar expresiones de tensión con sus pacientes, sobre todo en aquellas ocasiones en que como profesionales y como personas pudiesen estar experimentando emociones como tristeza o ira generadas tanto al interior de la dinámica hospitalaria como por fuera de ella; de esta manera consideran que las experiencias y vivencias que tengan por fuera del hospital, como por ejemplo en otros círculos sociales como su familia, amigos y demás, no deben influir en el tipo de trato que brindan a sus pacientes (*“los problemas se deben quedar en la casa, porque por ejemplo, yo tengo problemas en mi casa y estoy malgeniada, yo no puedo venir a tratar mal a un paciente porque tenga mi malgenio, porque tenga problemas; no, esa es mi labor, tratarlo bien y yo sé que él no va a estar dispuesto a pelearme porque él está enfermo y él no tiene tampoco por qué pelear conmigo”*).

De igual manera, dentro del manejo de las emociones negativas, cabe resaltar que las y los médicos internos consideran de importancia manejar y controlar las emociones que se suscitan en aquellos momentos en que deben comunicar una mala noticia para sus pacientes o familiares; consideran que es importante no incluir sus propios sentimientos puesto que si comparten la sensación de malestar con su paciente, posteriormente tendrían

que realizar el trabajo de elaborar la misma (*“me metí más como en la parte química, para no incluir sentimientos; porque o si no, sería problema para mí porque después para desarrollar ese sentimiento sería difícil y no sé, en mi concepto me vería poco profesional con respecto al familiar, ... es como muy íntimo, muy personal, de la familia”*).

Atribuciones de las y los médicos internos acerca de aspectos que influyen en la relación establecida con los pacientes

Estrato socioeconómico de los pacientes

Las y los médicos internos consideran que existen diversos aspectos y circunstancias dentro de la RMP que afectan e influyen directamente en el tipo de vínculo que desarrollan con sus pacientes; de esta manera atribuyen que la interacción con usuarios de estratos y niveles educativos medios permite establecer una comunicación fluida y agradable puesto que reciben colaboración de éstos (*“Los del medio no son tan exigentes, colaboran y lo tratan bien a uno; claro está, que depende de cómo los trate uno también”, “el estrato medio es mucho más manejable”*); en contraposición consideran que la interacción con pacientes de estratos altos y bajos presenta con mayor frecuencia situaciones que dificultan la comunicación, según atribuyen, a una baja colaboración por parte de los usuarios frente a su labor como médicos internos (*“con estratos bajos se comportan de acuerdo a su manera, entonces alegan o exigen las cosas de acuerdo a su condición; son los que gritan, los que se exaltan, los que a uno lo tratan mal”, “los de contributivo son a veces muy exigentes”*); en particular la interacción con pacientes de estratos socioeconómicos bajos trae consigo la dificultad de éstos para comprender los términos utilizados por los médicos, las y los médicos internos consideran que dicho grupo de usuarios tiene reducidas habilidades para comprender las explicaciones que les brindan a sus usuario; en este orden de ideas, una de las médicas internas afirma:

“cuando no tienen estudios o tienen lo básico, es muy difícil hacerles entender a ellos lo que les pasa o lo que se les va a hacer; entonces eso interfiere mucho en la comunicación y generalmente no te entienden, entonces toca permanecer un poco más de tiempo con ellos para mirar cómo se expresan y con esas palabras uno pueda explicarles, además que las personas del campo por ejemplo, son más reservadas y ellas se comportan

muy bravas con todo el mundo y no les gusta que te metas en la vida, que les preguntes nada, o sea, son muy recelosas”.

Por último teniendo en consideración la influencia que atribuyen las y los médicos internos al estrato socioeconómico de sus pacientes, evidenciaron en el caso particular de establecer contacto con pacientes de estrato socioeconómico alto, experimentar condiciones que dificultan la interacción debido a que demandan continuamente un “servicio excesivo” y una atención constante, las cuales en diversas ocasiones, según la percepción de los usuarios, no son satisfechas, llevando a generar evaluaciones sociales que perjudican el papel y rol de las y los médicos internos (“*más que todo, uno tiene más problemas aquí de contributivo, pues exigen mucho*”, “*las personas de estrato muy alto son las que exigen sus cosas de otro tipo, de manera entonces que ya empiezan a llamar gente, a decir que uno no está haciendo bien su labor*”).

Estabilidad física y psicológica del paciente

Las y los médicos internos atribuyen a las condiciones de salud de los pacientes, en particular el grado de estabilidad física y psicológica, la posibilidad de influir en el tipo de interacción que establecen; en este orden de ideas evidencian experimentar dificultades al interactuar con pacientes que se encuentran alterados emocional y psicológicamente, lo cual no sucede con aquellos pacientes calmados y colaboradores, los cuales permiten indagar con mayor tranquilidad acerca de su sintomatología y favorecer así el proceso de comprensión de su determinada patología (“*hay pacientes que llegan gritando y son agresivos; con ellos es como difícil, otros que están calmados ayudan, o colaboran con lo que uno les pide*”). De igual manera, algunos de los médicos internos mencionan que el interactuar con pacientes estables físicamente ayuda a que haya un mayor número de encuentros y afinidad (“*con los que están bien, estables físicamente y calmados es como más chévere visitarlos, ... a veces uno como que les huye a los que son agresivos*”), así como también la estabilidad física del paciente influye en las emociones de las y los médicos internos; por ello mencionan que, en general, interactuar con pacientes estables físicamente, les permite establecer un vínculo en el cual se sienten más a gusto (“*claro que es necesario tener contacto con pacientes que se encuentran graves, para aprender, pero*

en general, es muy estresante; se siente mucha tranquilidad hablar con pacientes que ya están estables y tienen un diagnóstico definido”).

Por otra parte la interacción con pacientes alcoholizados y que se encuentran alterados emocionalmente favorece al establecimiento de una comunicación poco fluida y caracterizada por la unilateralidad en el aspecto verbal; de esta manera, al tratar de indagar a los pacientes acerca de información que permita beneficiar su caso, se quedan sin recibir respuestas (*“es diferente el paciente que te llega aquí a consulta, relajado, con sus exámenes clínicos, con sus laboratorios, etc., al paciente que te llegó a Urgencias alcoholizado, que te llega traumatizado, estresado, gritando a todo mundo; es diferente ahí el trato, uno evita el contacto con esas personas, evita más que todo, establecer una conversación, porque igual, no te van a responder nada”).*

En la interacción, los mencionados pacientes dificultan el proceso médico al presentarse como poco colaboradores; es así como según las y los médicos internos, modifican sus comportamientos, los cuales generalmente se caracterizan por la cordialidad y tranquilidad, pasando a tener matices de agresividad y dureza (*“cuando no colaboran y uno insiste e insiste de buena manera, entonces a veces toca ser un poco duro, hablarles un poco fuerte para que entiendan que su vida corre riesgo, porque generalmente no son conscientes de eso; entonces hay algunas personas con las cuales si se necesita alzar la voz, pero sin ser groseros con ellos”).*

Tiempo de hospitalización de los pacientes

Los médicos internos consideran que el lapso de tiempo que los pacientes pasan hospitalizados influye en el tipo de vínculo que establecen; en particular, mencionan que es en el servicio de Medicina Interna en donde se favorece un mayor número de encuentros que influyen en el vínculo que establecen, todo ello debido a que en el mencionado servicio, por lo general, las y los pacientes se encuentran hospitalizados por periodos largos de tiempo en comparación a otros servicios (*“en Medicina Interna por lo general hay pacientes hospitalizados por periodos largos; por eso uno los visita más, y establece una relación profunda, en comparación con otros servicios”, “en Medicina Interna, por la estancia, ya con el tiempito uno va conociendo a los pacientes y es más chévere; dicen: vea*

me pasó esto, y empiezan a hablar más, y uno intenta hablarles claro a ellos”). Una de las médicas asegura que en otro de los servicios, el tiempo de hospitalización de las pacientes no es tan prolongado; aún así, establecen vínculos fuertes debido a que interactúan con ellas desde el inicio de la estadía hasta el trabajo de parto; a pesar de ello reconoce que es en el mencionado servicio de Medicina Interna en el cual se interactúa más largamente y se establece una relación más fuerte; en este orden de ideas menciona:

“Ginecología generalmente si, uno se relaciona mucho más con la paciente porque uno está todo el día con ella, desde que empieza su trabajo de parto hasta que sale; entonces la relación si es marcada; en Medicina Interna se puede manejar un poco más eso, porque la estadía del paciente es mucho más larga; en Ginecología generalmente la paciente tiene a su bebé, uno o dos días y se fue, entonces no es tan larga la estadía como acá (Medicina Interna), pero si se maneja relaciones estrechas más personales por la privacidad, pero pues sí uno puede entablar una relación más, es en Medicina Interna por la estadía, que es mucho más larga”.

Falta de tiempo

Las y los médicos internos atribuyen que la falta de tiempo les dificulta establecer contactos prolongados de interacción con sus pacientes (*“sí, por lo general yo por tiempo, por cuestión de tiempo no me involucro en esas cosas; a veces si uno no habla, es porque le queda faltando tiempo; mejor dicho, porque a veces se queda hablando con el paciente, con los familiares”*); este hecho se ve afectado en diversas ocasiones por la dinámica que se maneja en cada uno de los diferentes servicios respecto a la revista realizada en compañía de los médicos especialistas (*“en Quirúrgicas, pues uno tiene que madrugar más y la revista se la hacía rapidísimo, depende de cuando pase el especialista; porque por ejemplo, antes había 2 especialistas más que llegaban y pasaban rapidísimo revisión; ni siquiera les preguntaban a los pacientes cómo estaban, miraban el caso de los pacientes y firmaban, y ya, chao”*) e inclusive en algunas ocasiones, por una sobrecarga de trabajo asociada al deber de atender un gran número de pacientes por servicio (*“falta comunicación con los pacientes por tiempo, porque uno se limita mucho; por ejemplo en Consulta Externa son 15 minutos por paciente; o sea, llegan y uno mira la sintomatología, más o menos la que cuadra, ... Acá (Medicina Interna) también uno se limita; allá son 15 minutos,*

acá es mucho menos: 10 minutos por paciente y eso cuando uno madruga más, o si no, son 5 minutos cuando son muchos pacientes”).

Escasa comunicación clara y sencilla de los especialistas con sus pacientes

Otro de los aspectos considerados por las y los médicos internos como dificultad al momento de relacionarse con los pacientes, es la manera en que los médicos especialistas interactúan con los usuarios, mostrándose insensibles al malestar ajeno mediante expresiones de intolerancia, agresividad o inclusive irrespeto frente a los pacientes; de ésta consideran que no se favorece un ambiente de empatía y cordialidad (*“aquí no se preocupan por nada, o sea: hay gente muy fría, hay gente que también si se preocupa y la revisa bien y todo, y da una buena conversación y todo; pero la mayoría es así, es lo normal, a veces cogen y hasta los insultan”).*

De igual manera, según mencionan las y los médicos internos, los profesionales de la salud, en particular y generalmente médicos especialistas, no se preocupan por explicar a los pacientes su cuadro clínico y diagnóstico médicos; en otras palabras, no favorecen un pleno proceso informativo, lo cual genera en las y los pacientes, desconocimiento de los procesos, falta de adhesión al tratamiento, y en otras ocasiones, complicaciones asociadas a malos entendidos en cuanto a recomendaciones médicas (*“aquí no les explican qué tienen, los pacientes vienen y dicen que tengo fiebre y dolor lumbar y el doctor les dice usted lo que tiene es una pielonefritis, pero qué es eso, no les explican”).*

Creencias de las y los médicos internos acerca de valores dentro de la Relación Médico Paciente

Respeto y empatía

Las y los médicos internos reconocen de manera unánime al respeto, empatía y confianza como valores primordiales en la interacción con sus pacientes, de tal manera que el establecimiento de la confianza es el resultado de ser empáticos y respetuosos con sus pacientes (*“Para que haya confianza, es importante que haya empatía; que uno muestre afecto, que así no estés de buen genio, que los trates bien, porque ellos captan mucho de tu*

forma de ser, de tu genio, y responden de la misma manera; entonces eso me parece muy importante”).

Respecto a la empatía, mencionan que es importante no enfocarse netamente en la patología o sintomatología del paciente, sino en sus emociones, las cuales pueden repercutir en el aspecto físico (*“siempre tener algo de empatía al comunicarse es lo importante; no ser tan lineal, ... o sea, no sólo enfocarse en lo físico”, “porque brindarle solamente lo necesario o las palabras más simples que uno pueda, no, el paciente merece respeto y tiene una dignidad”, “en la relación debe existir un grado de empatía, un vínculo que se crea entre el paciente y el médico”).* Las y los médicos internos aseguran que el grado de empatía está directamente relacionado con el tiempo que interactúan con los pacientes (*“en Quirúrgicas es rápido, llegan a Urgencias, entran a cirugía, se quedan máximo una semana y se van; entonces no se hace tanta empatía como en Medicina Interna”).*

En relación con el respeto mencionado por las y los médicos internos como valor fundamental en la interacción con sus pacientes (*“todos los pacientes merecen respeto y si necesitan una explicación, hay que dársela, pero hay que dársela bien”*), señalan diversas situaciones en las cuales debe estar presente; así, mencionan el momento en el que realizan la evaluación física, la cual debe estar ausente de expresiones de morbo u aversión (*“cuando uno tiene que hacer un tacto vaginal y lo hace porque uno tiene que hacerlo, cuando una muchacha está embarazada, uno tiene que palparle a la muchacha cada 2 horas; en la parte física, eso con las mujeres; con los hombres uno también los trata con respeto, hacerles el tacto rectal o examinarles los testículos, el pene; uno tiene que ser respetuoso, bien profesional en esto”*); de igual manera aseveran que la interacción con los pacientes debe ser diferencial, dependiendo de su rango de edad (*“uno no puede tutear pacientes que digamos, hay pacientes que vienen del campo, personas que tienen 50 o 60 años y en donde tutearlos, lo ven desde un contexto mal”*).

Veracidad

El grupo de médicos internos considera que es importante informar constantemente al paciente y acompañantes acerca de diagnósticos, procedimientos a seguir, complicaciones y, en general, toda la información que rodea su caso (*“comunicarle todo al*

paciente, lo que se le está haciendo, cómo va, cómo han salido tal vez sus exámenes, todas esas cosas, desde el primer momento hasta el último”); para ello hacen énfasis en la importancia de ser sinceros y no tergiversar la información (“a los pacientes hay que hablarles claro y con la verdad; no ocultarles nada respecto a su estado”); a pesar de lo anterior, también mencionan que existen algunos momentos en los cuales deben tener cuidado de no informar pronósticos ni tratamientos tentativos o no confirmados, puesto que en el proceso comunicativo, los pacientes pueden tomarlos como decisorios y posteriormente implicar a las y los médicos internos en dificultades legales (“aquí si nos cuidamos en salud de dar diagnósticos, de dar todo eso, aquí también han sucedido problemas por eso... no, pues... ya mejor, no me atrevo a decir algo, mejor después venir con el especialista y que él diga las cosas”) y con sus superiores, los cuales pueden realizar evaluaciones y comentarios negativos (“le dicen a uno por qué dice eso, que no sé qué, usted no sirve para nada, en fin, entonces uno mejor se cuida en salud y no les dice nada [a los pacientes]”).

Responsabilidad

Otro de los valores, considerado de importancia al momento de relacionarse con sus pacientes, es la responsabilidad, en un primer momento respecto a su estado de salud, dado que los pacientes acceden al servicio de las y los médicos con el fin de buscar solución a un determinado síntoma que les aqueja y les genera malestar físico y mental (*se siente responsabilidad; acá vienen para que uno les colabore y les dé respuestas*). De igual manera mencionan que la responsabilidad no está anudada a aspectos legales, puesto que como internos, aún figuran como estudiantes bajo la tutoría de sus superiores (“ahorita nuestro nombre no aparece en nada en la papelería y todo, o sea: nosotros no tenemos responsabilidades aquí”); su responsabilidad radica más en el valor que dan a la vida y bienestar de sus pacientes (“acá no es sólo por las cuestiones legales, sí no que también se está jugando con la vida de la persona; si la persona vive o muere, pues yo pienso más que un aspecto legal, es lo que le pueda pasar al paciente, más que en lo que me pueda pasar a mí en lo profesional”).

Por otra parte, respecto al valor de la responsabilidad que mencionan en la interacción con sus pacientes, aseguran que éste también aborda el manejo que deben tener

de la información brindada por sus usuarios (*“se siente como ya muy responsable respecto a la información que el paciente y los familiares le están brindando”*); igualmente, algunos de las y los médicos internos expresan que sienten responsabilidad frente a la percepción y evaluación que pueden hacer sus superiores acerca de su desempeño (*“muchísima responsabilidad se siente y da un poco de susto porque tienes que enfrentarte a que el ginecólogo te diga si estuviste bien o estuviste mal y te regañe, pues porque por tu culpa se puede complicar, aunque generalmente no sucede”*).

Privacidad y confidencialidad

Dentro de los valores fundamentales en la interacción con sus pacientes, las y los médicos internos consideran que la privacidad y confidencialidad son imprescindibles al momento de manejar la información que brindan los pacientes y sus acompañantes (*“sobre todo, confidencialidad con respecto a lo que el paciente habla, o sea, es como una interacción que debe tener muchos valores”, “Es importantísimo que la información que nos brindan los pacientes, sea bien utilizada; no debemos divulgarla en todas partes, debemos ser cuidadosos”*). El manejo correcto de esa información permite mejorar el vínculo de confianza establecida entre las y los médicos internos con sus usuarios, lo cual a su vez despliega un mayor número de posibilidades para que los pacientes se expresen respecto a la información de su estado clínico (*“Si, claro, si el paciente tiene mucha más confianza, va a demostrar mucha más confidencialidad con el médico, como responsabilidad de parte del médico con respecto a la información que le transmite y va a soltar mucha más información y más valiosa, sobre todo en casos de vida o muerte”*) y de esta manera los profesionales de la salud, según mencionan las y los médicos internos, pueden ampliar las opciones de aplicar un correcto tratamiento a sus pacientes.

Conocimientos de las y los médicos internos acerca de la comunicación no verbal en la

RMP

Contacto visual constante

Las y los médicos internos reconocen la importancia de establecer un contacto visual al momento de iniciar la interacción con los usuarios puesto que éste permite denotar interés por la conversación y favorecer así la comunicación (*“a mí me gusta cuando hablo*

con la gente; mirar directamente para dar señales de que si estoy prestando atención y de que es importante lo que está hablando en ese momento”, “uno siempre tiene que ver a las personas hacia la cara, hacia los ojos cuando uno está dando una respuesta”); de igual forma saben que el contacto visual permite, según mencionan algunos de las y los médicos internos, realizar una evaluación general del estado físico (“A ver: el primer contacto para mí, debe ser visual; es lo primero que genera, para saber cómo llega”) y del estado anímico del paciente (“uno tiene que mirar todo; la observación yo creo que es muy importante, porque te puedes dar cuenta del estado de ánimo de un paciente, porque uno mira”).

Expresiones de tensión

La mayor parte del grupo de las y los médicos internos reconocen que las expresiones demostradas por ellos y ellas influye en el estado anímico de sus pacientes; por ello mencionan que es relevante tomar consciencia de los gestos y expresiones corporales (*“los gestos que uno hace, con la mirada, con la sonrisa, puede decir muchas cosas o puede brindarles muchas cosas a los pacientes”*). Asociado a lo anterior el grupo de médicos internos sabe que las expresiones que denoten tensión y malestar pueden influir negativamente en los pacientes tanto en sus emociones como en su disponibilidad para aportar al caso (*“no hacer gestos de asombro, de miedo, porque ellos perciben mucho; o que estás frunciendo las cejas, que estás bravo, entonces ellos no te colaboran”, “cuando están hablando los pacientes, he visto que los médicos empiezan a torcer la boca como que, umm esto no me interesa, entonces ellos se siente mal”*); en contraposición a lo anterior, presentar expresiones ausentes de tensión permite fortalecer el vínculo con los usuarios y mejorar su estado de ánimo (*“la energía de uno se transmite ¿no?, y si uno llega bien, bien animado y todo, va a sentir lo mismo el paciente; y si uno llega y hay [expresión de pesimismo] ¿Cómo está?, buenos días, bien desanimado, ellos también”, “yo siempre entro con una sonrisa donde los pacientes; uno a veces se siente mal o puede estar triste, pero igual sonrío, porque la sonrisa me parece muy importante, porque pienso que uno anima al paciente de alguna u otra manera”*).

Respecto a lo anterior, uno de los médicos internos asegura que el aspecto no verbal no tiene excesiva relevancia en la interacción con el paciente; asegura que es importante ser

respetuoso en el trato que se le debe brindar, mas no es fundamental la expresión de gestos de amabilidad como la sonrisa (*“recibirlo con una sonrisa..., pues a la hora de la verdad yo creo como que no es fundamental; o sea: es fundamental lo que le digo, pero esto no, ya es algo como secundario, o sea la parte no verbal no es que no sea importante...”*).

Importancia de percibir expresiones del paciente

Las y los médicos internos conocen la importancia de estar atentos a las expresiones del paciente (*“cuando llega un paciente, observarlo totalmente, cómo llega, y uno debe mirar sus actos, cómo llega, si alegre o triste”*) debido a que éstas brindan información de su estado anímico y además pueden manifestar información directa del cuadro clínico y malestar que le aqueja; por ende permite aclarar la información que rodea el presente caso (*“es mucho más importante lo que el paciente dice, que lo que puede venir escrito; es mucho más importante lo que él comenta y como él lo transmite, pues porque es él el que está viviendo esa situación, que las cosas que uno pueda encontrar escritas en una hoja o en una historia clínica”*).

De igual manera hacen referencia a la importancia de las expresiones no verbales del paciente en aquellos momentos en los cuales no existe mucha facilidad de comunicación verbal, ya sea por falta de colaboración del usuario o por dificultades de salud (*“intento llegar a mis pacientes, por lo que yo hablo mucho; entonces yo voy y le averiguo al paciente, como está, dígame que pasó, por qué lo trajeron acá, y así, y el paciente no habla, ¿qué le pasó? [se pregunta a si misma] debe tener problemas o debe estar deprimido porque no quiere hablar; o es la personalidad, y empiezo a pensar así y a veces obtengo información valiosa”*).

Conocimientos de las y los médicos internos acerca de la comunicación verbal en la RMP

Comunicación clara y sencilla

Las y los médicos internos saben que la utilización de determinado léxico y vocabulario depende del nivel educativo de cada uno de los pacientes (*“es importante diferenciar muy bien con quién uno está hablando, o sea, uno no le puede hablar de la*

misma manera a un paciente que tiene una formación académica alta a nivel universitario”, “hablar con un paciente de estrato 5 no es lo mismo que hablar con un paciente de estrato 1 o 0; o un paciente que vive en un pueblo, no es lo mismo; saber diferenciar muy bien eso, eh, saber muy bien qué es lo que se le va a preguntar”); de esta manera, con aquellos usuarios de niveles educativos bajos, según mencionan las y los médicos internos, se debe utilizar palabras más sencillas y básicas, dado que es más complicado lograr el entendimiento de todo lo explicado (“complicado explicarles a personas que no son estudiadas, no entienden, toca ser amable, ... están aquí para que uno les ayude”, “los pacientes más estudiados comprenden con más facilidad todo lo que uno les dice”); aún así, el grupo de médicos internos sabe que con todos los pacientes, independiente de su nivel educativo, deben hablar con claridad y omitir términos excesivamente técnicos, con el fin de lograr un entendimiento más amplio y pleno por parte de los pacientes respecto a todas las explicaciones mencionadas (“con todos los pacientes se debe ser claro y muy sencillo a la hora de decir las cosas, o sea, explicarles bien, en términos que entiendan”).

De igual manera al hablar de claridad en la comunicación gestada dentro de la RMP, las y los médicos internos reconocen que es importante mantener frecuentemente informado al paciente acerca de los procedimientos y exámenes que se le está realizando (“a mí me gusta mucho decirles a los pacientes para qué estoy hablando con ellos, qué es lo que estoy buscando o qué es lo que se va a hacer; entonces, sí me parece muy importante”) y que se le realizarán; además en particular, al momento de darle salida es importante contextualizarlo correcta y sutilmente respecto a todo este proceso (“decirle por qué se le está dando salida, cómo se le va a dar salida, con qué se le va a dar salida; eso me parece súper importante”, “la sutileza no se puede convertir en ocultarle las cosas al paciente, ni tampoco de enmascararle las cosas, de que todo está saliendo bien cuando no es así, ¿no? o sea, ser sutil en lo que uno le está diciendo, pero ser muy claro en lo que está pasando”). Por otra parte reconocen la importancia de establecer una comunicación que permita aclarar la identidad de los diferentes profesionales de la salud que atienden a los pacientes, por tanto consideran fundamental que se mencione de manera clara el papel y rol que desempeña cada uno de los profesionales de la salud, con el fin de diferenciar roles y deberes frente al paciente (“es importante empezar a saludar y a presentarse, porque

aquí la mayoría de personas no se presenta; ellos por ejemplo, se confunden mucho porque hay internos, auxiliares, de todo, entonces no saben quién es el que los está tratando”).

Finalmente cabe mencionar que la comunicación clara y sencilla es fundamental para las y los médicos internos en la medida en que permite favorecer la fluidez de la información que brinda el paciente acerca de su sintomatología particular; en otras palabras, las y los médicos internos saben que por medio del establecimiento de una comunicación clara y sencilla se puede obtener información valiosa y amplia respecto al caso del paciente. (*“En casos difíciles, uno encuentra información muy valiosa, y muchos médicos muchas veces dicen no, no dijo nada y va otro médico y encuentra mucha más información. ¿Por qué? solamente por la manera en que le preguntó”*);

Evaluación del estado general del paciente

Las y los médicos internos reconocen dentro de sus conocimientos la importancia de utilizar la herramienta de la comunicación verbal para realizar una evaluación general del estado del paciente y no sólo de su aspecto físico (*“es importante no sólo enfocarse en lo que tiene el paciente; a mí me gusta preguntarles cómo están, cómo los han atendido...”*), ello según mencionan, permite fortalecer la relación con los pacientes mediante el establecimiento de un vínculo empático, que a su vez favorece la fluidez de la comunicación y de la información que rodea el caso del paciente (*“en lo verbal, como uno hable, se debe preguntarles a los pacientes ¿cómo están? es muy importante, ... aunque uno no se centra en cómo se siente el paciente, sino lo que refirió, si tuvo o no tuvo dolor de cabeza y ya, pero para ellos es importante porque uno les da más respaldo”*); de igual manera posibilita, según mencionan en su mayoría, evaluar el estado del paciente en aquellas ocasiones en que se evidencia dificultades en su estado de ánimo (*“si vemos que el paciente está angustiado, está con problemas, si el paciente no quiere hablar, en ese momento es mejor callar y esperar a un cierto momento de decirle las cosas y preguntarle ¿Qué le está pasando? ¿Qué le aqueja?, si en ese momento el paciente dice: vea, no quiero hablar con nadie, hay que respetar esa decisión”*).

Comunicación verbal precavida y cuidadosa

Las y los médicos internos saben que es importante establecer una comunicación verbal precavida y cuidadosa, sobre todo en aquellos momentos en que deben brindar información a sus pacientes acerca de su cuadro clínico; en algunas ocasiones la información puede ser tergiversada por alguna de las partes y se puede incurrir en confusiones de la misma: (*“uno se cubre en salud diciendo: vea, ahora que venga el especialista, él ya le dice qué tiene y él ya le va a explicar muy bien, él es el que tiene la autoridad de decir lo que el paciente tiene, yo no; entonces eso sucede con el diagnóstico, con el tratamiento, sucede con todo; entonces uno como que dice: mejor no digo nada, aunque hay pacientes que dicen el médico [interno] me dijo que tengo esto, que tiene que hacerme esto, cuando no es así y el especialista le va a hacer otra cosa; entonces le dicen a uno por qué dice eso, que no se qué, usted no sirve para nada, en fin, entonces uno mejor se cuida en salud y no les dice nada”*).

Por otra parte, las y los médicos internos saben que deben ser cuidadosos y cuidadosas con la información que brindan a sus usuarios, puesto que reconocen que en ciertas situaciones pueden incurrir en violaciones de normas y estatutos que los rigen dentro de su profesión como médicos. En algunas ocasiones cuando el paciente presenta patología grave y complicada y sus acompañantes solicitan no informarle las dificultades médicas debido a que puede ser perjudicial para su salud emocional, deben acatar dicha solicitud, dado que de no hacerlo pueden incurrir en problemas legales (*“hay muchos casos en que el paciente ya tiene un nivel muy avanzado y los que deciden son los familiares y dicen -no queremos que se entere- y están en todo su derecho; entonces, identificar muy bien de qué se le va a hablar a ese paciente y cómo se le va a hablar, y uno tiene que ser muy táctico con cada paciente y saber cómo se le va a decir las cosas”*).

Componente afectivo

Valoración afectiva de las y los médicos en la interacción con los pacientes

Compromiso

Las y los médicos internos se sienten comprometidos con la salud del paciente y con su proceso de recuperación, teniendo en consideración el rol que desempeñan en la sociedad (*“atender pacientes es una gran responsabilidad en la cual, como médicos, pues*

para eso hicimos la carrera, nos tenemos que comprometer en ayudar al paciente no sólo en lo físico, sino también en sus problemas normales”). El compromiso que refieren experimentar las y los médicos, según menciona la mayoría, debe ser enfocado tanto al aspecto físico como mental del paciente (“[la relación] tiene un gran sentido de compromiso, pero que tiene un fin y el fin es lograr el bienestar del paciente, bienestar tanto físico como mental del paciente”).

De igual manera el grupo de médicos internos experimenta sentimientos de compromiso con la institución hospitalaria en la cual se encuentra realizando su práctica médica; en este sentido aseguran que su desempeño como médico interno influye directamente en la imagen que tienen los usuarios frente al hospital, y es por ello que desempeñar un buen papel como médicos internos favorece la construcción de una imagen positiva del hospital en los usuarios (“uno debe estar a la altura del hospital; me siento algo comprometido también con la imagen que les doy a mis pacientes del hospital, pues eso me va a dar también una mejor imagen más adelante”).

Empatía y tristeza

Las y los médicos internos experimentan empatía en la interacción con sus pacientes a medida que transcurre el tiempo de interacción (“con el tiempo uno llega a quererlos o se genera una empatía”). Establecer un vínculo con empatía les permite participar racional y emocionalmente de lo que pueden sentir sus pacientes al momento de la hospitalización, considerando su malestar o dificultades (“A medida que uno frecuenta más al paciente se conecta, como que se empatiza más, con él y con sus familiares, uno como que siente su malestar”), logrando así establecer una mayor afinidad en el vínculo establecido (“yo pienso, o sea que cada paciente es familiar y por eso yo creo que igual tengo más afinidad con el paciente”).

De igual manera las y los médicos internos experimentan dentro de la interacción con sus pacientes emociones de tristeza, las cuales se evidencian sobre todo con aquellos pacientes que transitan por patologías de gravedad y con los cuales han interactuado largo tiempo (“a medida que uno los va conociendo, uno ya va sintiendo cositas, pena, uno les coge cariño, si, más que todo, pues eso”, “a veces hay pacientes con los cuales uno da un

sentimiento, como que qué pena que esté aquí por eso, y se pone uno, pues si como un poquito triste se pone también, a veces hay pacientes muy graves, ...hay pacientes que tienen 20 años, son pues jóvenes y tienen cáncer y uno pues ya sabe, pues están en sus últimas”); la tristeza en las y los médicos internos igualmente se desencadena en aquellos momentos en los que fallecen sus pacientes e influye en su capacidad de tomar decisiones (“cuando por ejemplo se muere da mucha pena y, sobre todo con los familiares; a veces uno no sabe controlar a los familiares porque a uno también le da pena, pero el hecho es que uno no se puede involucrar tanto porque llega un punto en que no sabes cómo reaccionar”).

Nerviosismo

Las y los médicos internos en general, experimentan nerviosismo en los contactos iniciales, sobre todo cuando deben interactuar con pacientes que no han evaluado ni han tenido contacto previamente, ello se debe según aseveran a la incertidumbre que tienen respecto a cómo será su paciente y que patología o sintomatología presenta; aseguran que la mencionada emoción se va reduciendo en la medida en que aumenta el número de encuentros (“en un primer momento se siente nervios y ansiedad por saber con respecto a quién uno se va a enfrentar”, “Cuando uno ya sabe que tiene las cosas claras y que ya sabe lo que se va a hacer, que le va a ayudar, entonces uno ya entra como con más confianza, como en mejor condición con el paciente”).

De igual manera las y los médicos internos experimentan nerviosismo en aquellas ocasiones donde deben interactuar con pacientes conflictivos y complicados; en este orden de ideas uno de los médicos internos menciona: “al principio se siente un poco de nerviosismo, ya que uno no sabe con quién se va a enfrentar, con qué tipo de personas se va a enfrentar; a veces hay pacientes, o sobre todo familiares, que son muy conflictivos o pacientes que son demasiado apáticos, que no le dicen a uno absolutamente nada, o pacientes que dicen cosas que no tienen nada que ver con lo que uno está averiguando”.

Indiferencia frente a la muerte

Con el paso del tiempo, al obtener mayor experiencia en la interacción con pacientes y sus patologías, las y los médicos internos mencionan que la muerte de sus pacientes es

una experiencia que poco a poco se va convirtiendo en una situación cotidiana, la cual al transcurrir el tiempo y vivenciar la mencionada situación más frecuentemente, la perciben como un fenómeno naturalizado dentro de su práctica médica (*“si se va, mejor; uno ya va empezando a sentir cosas, o si no, de lo contrario uno aquí por lo general se vuelve como bien frío, ... es como todos, sí, eso ya se vuelve como costumbre”*; *“antes me afectaba más, cuando estaba estudiando y venía a práctica, que se murió un paciente, soñaba toda la semana con él; ahora ya no; uno, sea como sea, se vuelve un tanto insensible”*).

Condiciones de los pacientes que influyen en las emociones de las y los médicos internos

Edad de los pacientes

Existen ciertas condiciones de las y los pacientes que influyen en las emociones de las y los médicos internos; en este orden de ideas, la edad de los pacientes, dependiendo del rango en que se encuentren, moviliza emociones de agrado, aceptación y mayor preocupación, como en el caso de interactuar con infantes y pacientes de edad avanzada (*“a un bebecito recién nacido, que por cualquier cosa puede morir; a una persona joven así como nosotros... que no, no, pues lo que yo he visto es que se interesan más por las personas que así como le digo los pequeñitos, los ancianos; a las personas jóvenes pues no les ponemos mucho cuidado, o sea, de eso me he dado cuenta aquí”*, *“a mi modo de ver si, aquí así lo manejan, aquí más se preocupan por personas pues de mayor edad”*).

A pesar de lo anterior, las y los médicos internos consideran que la interacción con pacientes de edad avanzada trae consigo dificultades en la comunicación y en su fluidez, debido al detrimento de las habilidades sensoriales de sus pacientes (*“con los mayores es más difícil porque ellos son más tercos, no escuchan, toca gritarles y toca tener mucha paciencia”*).

Finalmente las y los médicos internos se sienten cómodos cuando deben interactuar con pacientes jóvenes (*“son jóvenes, es más fácil, son más abiertos, o sea que si influye”*, *“los pacientes jóvenes son más fáciles, en general te colaboran mucho y uno se entiende con ellos”*), a pesar de lo cual consideran que en el entorno hospitalario se les da menos prioridad en comparación con pacientes de otros rangos de edad (*“por ejemplo con una cirugía para una persona, en los pre-quirúrgicos que nosotros llamamos ¿sí?, para los*

jóvenes, digamos, se les solicita sólo un examen, pruebas de coagulación y ya nada más, mientras que, digamos a una persona anciana se le solicita una radiografía, más pruebas de los riñones ¿sí? Entonces, a mi modo de ver, si, aquí así lo manejan, aquí más se preocupan por personas de mayor edad”).

Estado de ánimo de los pacientes

En las emociones de las y los médicos internos influye el estado de ánimo con el cual se presentan los pacientes al momento de la interacción; de esta manera, en particular, se puntualizó que en aquellas ocasiones en las cuales deben interactúan con pacientes agresivos, el grupo de médicos internos experimenta malestar e incomodidad, lo cual conlleva a asumir acciones evasivas (“*el paciente que te llegó a Urgencias alcoholizado, que te llega traumatizado, estresado, gritando a todo mundo, es diferente ahí el trato; uno evita el contacto con esas personas*”, “*a veces hay unas pacientes que no expresan nada o pacientes que ingresan con malos pronósticos, o pacientes que son agresivos; los que son muy agresivos son muy callados, entonces uno como médico, si les habla, pero uno a veces como que dice uich! [expresión de fastidio]*”).

De igual manera los pacientes que se encuentran en estado crítico, en diversas ocasiones presentan rasgos depresivos y/o agresivos, lo cual influye negativamente en las emociones de las y los médicos internos en particular, generando incomodidad e intranquilidad (“*ya cuando están muy enfermos, se deprimen, o a veces se vuelven agresivos y no les gusta nada; es difícil llegar y siempre decir lo mismo cuando uno ya sabe que están mal y no se van a recuperar, es como incómodo*”).

Por otra parte las emociones de las y los médicos internos se ven afectadas positivamente cuando deben interactuar con pacientes agradecidos y que expresan gratitud lo cual favorece la aparición de emociones de bienestar como la alegría (“*cuando dicen, muchas gracias doctor, muy amable, lo voy a recomendar o voy a seguir con usted, o algo así, o a veces le traen empanadas o huevos, eso es chévere para mí, pues si, uno siente, qué alegría, qué buen detalle, chévere que digan eso*”). Asociado a lo anterior uno de los médicos internos en particular, menciona una experiencia que considera fue trascendental en su interacción con sus pacientes, la cual movilizó satisfacción y bienestar: “*En el*

hospital infantil, que una niña cogió y me dijo que si me podía regalar un abrazo, me abrazó y me dijo gracias; el reflejo de eso ha sido lo más trascendental que me ha pasado a mí en estos seis meses”.

Nivel educativo de los pacientes

Otro de los factores que moviliza cambios en las emociones de las y los médicos internos es el nivel educativo de los pacientes con los cuales interactúan; en particular, respecto al encuentro con pacientes con niveles educativos bajos, experimentan en ocasiones emociones de temor e inseguridad (“*a veces da como miedo atender a esos pacientes [de niveles educativos bajos] sobre todo con jóvenes que lo insultan a uno*”, “*muchas veces son de esos pacientes que no colaboran y lo tratan mal a uno, hasta a veces no falta una amenaza por ahí*”); de igual manera mencionan que en diferentes ocasiones, cuando en los servicios se encuentran pacientes hospitalizados con las mencionadas características, suele perderse objetos dentro del hospital; la inseguridad mencionada dificulta la interacción y genera posiciones de rechazo por parte de las y los médicos internos (“*hay personas de estratos muy bajos, son de esas personas que uno dice no [gesto de rechazo]*”).

Por otra parte, en diferentes ocasiones la interacción con pacientes con niveles educativos altos influye en los afectos del grupo de médicos internos, movilizando insatisfacción, rechazo e irritación, sobre todo cuando dichos pacientes presentan baja receptividad frente a sus acciones, generan evaluaciones negativas de las mismas y formulan quejas que afectan su imagen frente a sus superiores (“*no digo que todos, pero si varios, son muy exigentes, se quejan mucho, ya uno no sabe qué hacer, si uno hace las cosas bien y se quejan, entonces, ah, es como feo*”, “*los de contributivo son los más exigentes, lo que uno hace no les gusta, bueno no digo siempre, pero no les gusta y dicen que uno está haciendo mal las cosas y claro, como aquí los médicos internos tenemos la culpa de todo, ... eso da rabia*”).

Patología y cuadro clínico del paciente

Las y los médicos internos en diversas ocasiones experimentan tristeza en el contacto con pacientes que presentan patologías severas o que fallecen, sobre todo si el

tiempo de interacción con los mencionados pacientes ha sido prolongado (*“a medida que uno lo va conociendo, uno ya va sintiendo cositas, pena, uno le coge cariño”*, *“a veces hay pacientes con los cuales uno tiene un sentimiento, como que qué pena que esté aquí por eso, y se pone uno, pues si como un poquito triste, se pone también, a veces hay pacientes muy graves”*, *“cuando por ejemplo se muere, da mucha pena y sobre todo con los familiares”*).

Igualmente, el contacto con pacientes de gravedad genera en las y los médicos internos emociones de temor, además de niveles más elevados de estrés, en contraposición a casos en los cuales los pacientes no presentan patologías severas; en este sentido, aseguran sentirse presionados, razón por la cual tienen el deber de consultar y utilizar su tiempo para poder aportar positivamente al caso (*“con pacientes de gravedad una está comprometida a darlo todo y ayudarles, a veces una está cansada y estresada, pero igual, para eso está una aquí”*, *“es nuestra responsabilidad ayudar al paciente hasta en los casos más complicados, por eso toca leer, leer y leer, así esté cansado, toca seguir para ayudarle al paciente”*).

Condiciones del entorno hospitalario que influyen en las emociones de las y los médicos internos

Retroalimentación negativa de los superiores

Dentro del entorno hospitalario existen diversas circunstancias que influyen en las emociones de las y los médicos internos, como es el caso del malestar generalizado que experimentan frente al maltrato que aseguran recibir de algunos de sus superiores, particularmente médicos especialistas, y en menor medida, algunas de las enfermeras-jefe (*“especialistas que realmente a uno lo tratan, digámoslo así, como a una basura en el hospital y que no valoran el trabajo de uno y que sólo buscan las cosas malas; hay jefes también que, incluso en ciertos contextos, en donde al médico interno, cualquier problema que pase se lo quieren achacar; entonces eso es feo, esa cuestión a mí no me gusta”*, *“la relación con las enfermeras tampoco; es muy difícil, es muy pesado allá, allá en Cirugía sinceramente se maneja mucho estrés, como que, si pasa algo malo es por culpa del interno, si no se pidió tal laboratorio era porque el interno no dijo ayer al cirujano que*

tocaba pedirlo, entonces no me gustó eso”); por otra parte, aseguran no percibir apoyo y motivación por parte de algunos de los médicos especialistas en lo que respecta al proceso de aprendizaje por el cual se encuentran atravesando en su internado (“hay otros especialistas que no le paran ni bolas a uno, les importa X lo que uno piense, les importa X lo que uno diga y tiene ahí como un ente de que vaya haga esto, deje de hacer esto, esto está mal”); de la misma forma mencionan, de manera generalizada, experimentar malestar, en particular rabia, debido a que los especialistas al evaluarlos son muy exigentes y no hacen uso de estrategias asertivas para comunicar las correcciones que consideran debe aplicarse al caso (rabia porque uno se esmera, uno llega, estudia y pone su diagnóstico para que te digan, bueno, aunque uno puede equivocarse, no digo que no, sino que no es la forma; ellos son muy déspotas, entre más especializados, se vuelven más odiosos, algunos ¿no?”).

Por último, aseguran que en diversas ocasiones las y los médicos internos han sido espectadores de casos en los cuales algunos médicos especialistas realizan acciones que atentan en contra de los pacientes (“eso constantemente pasa, sobre todo con especialistas; especialistas que llegan y no les importa lo que digan o no digan los pacientes, incluso hay especialistas que llegan y sacan a los familiares de las consultas, de las revistas, llegan y les dicen a las jefes: no quiero ver a ningún familiar en la revista; y sacan a todos los familiares, familiares que a veces llegan de otros lugares, familiares que llegan en busca de una respuesta, de lo que está pasando con el familiar, el abuelo, el tío, el hijo; eso me parece mal”), lo cual les hace sentir impotencia y frustración debido a que consideran que es preferible no enfrentarse ni confrontarlos dado que ello les puede perjudicar en su proceso como estudiantes (“uno no hace nada, ya que generalmente son especialistas o médicos con mucha experiencia o cosas así, pues como para no tener conflictos, como para no generar ningún tipo de conflictos en el servicio, sobre todo con una persona que puede perjudicarte”).

Toma de decisiones

El deber de tomar decisiones en algunos de los servicios como Urgencias y Ginecología, influye en las emociones de las y los médicos internos, movilizándolo en particular temor e inseguridad, principalmente durante los primeros meses de práctica en

los cuales tienen menos experiencia (*“no me da miedo equivocarme así, hartísimo; no, en este momento no, o sea: ya me falta poco tiempo y he aprendido mucho; igual, también estoy leyendo mucho sobre protocolos y manejos que uno tiene que saber, pero al inicio del internado si nos daba miedo, pero ahorita ya no; o sea, ya estamos a puertas de salir, ahorita nuestro nombre no aparece en nada en la papelería y todo, o sea, nosotros no tenemos responsabilidades aquí”*); de igual manera mencionan que en algunas ocasiones y en determinados servicios, es frustrante el tomar decisiones, puesto que sus recomendaciones no siempre son valoradas por parte de sus superiores: (*“En Urgencias es chévere, porque uno, al tomar decisiones, está mejorando el paciente, la condición clínica y en cuanto a antibióticos, le está cubriendo mejor y va a tener una mejor evolución y más rápida, en cambio acá... [Medicina Interna] uno a veces les dice a las doctoras y a veces se olvidan, o a veces le colocan al otro día, como que uy yo dije esto y no lo hizo el hospitalario, ah bueno”*).

La toma de decisiones genera bienestar en las y los médicos internos, siempre y cuando puedan tener cierto control de la situación mediante el conocimiento y esclarecimiento del cuadro clínico que aqueja al paciente (*“hacer la historia clínica bien hecha y que yo esté confiado, obviamente, de lo que tenga el paciente, me sentiría bien tomando decisiones”*); igualmente la mayoría de las y los médicos internos siente bienestar y responsabilidad frente a la posibilidad de tomar decisiones, dado que percibe dicha situación como una oportunidad para fortalecer y enriquecer su aprendizaje dentro de su práctica médica (*“mucha responsabilidad se siente y da un poco de susto porque tienes que enfrentarte a que el ginecólogo te diga si estuviste bien o estuviste mal, y te regañe, pues porque por tu culpa se puede complicar, aunque generalmente no sucede”*).

Deber de informar malas noticias

Dentro del hospital, a las y los médicos internos en múltiples ocasiones les delegan el deber de comunicar malas noticias para los pacientes y sus familiares; ello favorece la movilización de sensaciones como ansiedad y tensión, asociadas a la incertidumbre de la reacción que puedan presentar los pacientes y sus acompañantes al escuchar la mala noticia (*“es complicado, a veces uno no sabe cómo hacerlo, sobre todo porque no se sabe cómo van a reaccionar”*, *“siempre es como la paciencia que va a tener la persona frente a lo que*

uno hace, o sea como esa tensión de cómo va a reaccionar, se va a poner a llorar o me va a pegar o qué va a hacer”); en la misma línea mencionan sentir frustración asociada a la imposibilidad de darle un giro a la situación negativa que afecta al paciente y a pesar de lo cual tienen el deber y obligación de comunicar la situación a los usuarios (“es como muy frustrante tener que dar ese tipo de noticias, además... además que no sé, a veces siento que la persona va a pensar que uno es el malo o que los que estamos ahí trabajando somos los malos y somos los que hemos causado eso”).

Manejo de la información en los servicios

Otro factor dentro de la dinámica hospitalaria que influye en las emociones de las y los médicos internos es la forma en que los médicos especialistas y hospitalarios manejan la información en cada servicio; dependiendo del orden con que se maneje la información contenida en las historias clínicas, las y los médicos internos tendrán mayor facilidad o dificultad para poder acceder a la información de los pacientes (“en Quirúrgicas no me gustó, primero que todo un especialista diferente por cada día; entonces qué pasa con eso, eso dificulta el trabajo, ...al paciente; no se concierta un diagnóstico adecuado, veo que el tratamiento del especialista es más que todo expectante”); ello influye directamente en las posibilidades que tienen para responder las inquietudes de sus usuarios y por ende en su satisfacción como médicos internos. En relación con lo anterior no se evidenció concordancia respecto a qué servicio es más organizado; de esta manera algunos y algunas mencionan que el servicio de Ortopedia es desorganizado, respecto a la manera en que manejan las historias clínicas (“Ortopedia es un servicio desorganizado, no tienen separadas las historias clínicas, están revueltas, y eso no es bueno, porque digamos que en una urgencia, supongamos que el paciente tiene una reacción a un medicamento, y uno necesita averiguar qué fue lo que se le aplicó y mientras se averigua, el paciente se puede estar choqueando, se puede estar muriendo, y allá no hay colaboración, o sea: si a algunas enfermeras tú las tratas bien y les caes bien, entonces te ayudan; si no, no”); en contraposición, una de las médicas internas asegura que en el servicio de Ortopedia se mantiene positivamente el orden de las historias clínicas tanto como en el servicio de Medicina Interna (“Si, exacto son más organizados [en Ortopedia], chévere,... acá en Medicina Interna si, cada paciente tiene su espacio para la historia clínica, depende de la

hora de ingreso, tiene el especialista que estaba de turno, pero pues... todos lo tratan y también son organizados”).

Para concluir, uno de los médicos internos asegura que en los servicios de Medicina Interna y Quirúrgicas se maneja la información de manera adecuada (*“Medicina Interna y Quirúrgicas son muy organizados, sus historias clínicas las manejan por separadores, sí uno necesita consultar un estado clínico anterior o un examen, uno lo encuentra”).*

Componente conductual

Características del contacto físico entre médicos internos y pacientes

Contacto físico valorativo

El contacto físico establecido por las y los médicos internos con sus pacientes se genera principalmente con el fin de evaluarlo físicamente; en otras ocasiones se establece un contacto físico enfocado al saludo con el pacientes, un apretón de manos o un toque sutil del hombro (*“generalmente los señores, más que todo, te dan la mano, mucho gusto doctorcita y te dan la mano; entonces uno responde, pero si no, no; sólo es el examen físico”, “lo que se va a evaluar es, por el tiempo que te digo, principalmente lo que está afectado”*); una de las médicas internas mencionó a su paciente lo siguiente al momento de realizarle la evaluación física:

“ahora sí, déjeme mirar qué pasó, dónde fue que se golpeó, miremos, toquemos, entonces uno empieza a mirar donde el paciente refiera, o por ejemplo, si ya le duele o no, que si dicen por ejemplo -me está doliendo la pierna-, y uno empieza a palpar, a tocar; mire aquí está caliente, aquí está inflamado, o está rojito, le digo a él, pero en la evolución se pone presencia de eritema en el muslo del miembro inferior derecho”.

Contacto físico cuidadoso

Las y los médicos internos establecen un contacto físico cuidadoso con sus pacientes al momento de realizar el examen físico de zonas específicas tales como genitales y senos, las cuales deben ser manipuladas cuidadosamente, teniendo en consideración los principios éticos de la medicina. Para poder ejercer el mencionado contacto las y los médicos internos deben informar a sus pacientes acerca de lo que se les va a realizar previo

a comenzar con el contacto físico (*“si es un examen físico, decir: vea, voy a hacer esto con tales fines, es para esto y esto, vamos a ver si usted tiene esta patología, con este examen físico vamos a descartar, sí o no”*); de igual manera, en aquellos momentos en los cuales se necesita realizar una evaluación de las mencionadas zonas, es importante que se encuentre presente otra persona, un acompañante del paciente o una enfermera, que permitan asegurar y posteriormente atestiguar el proceso (*“Contacto físico, en eso si hay que tener cuidado porque, por ejemplo cuando estamos en consulta y la paciente es una mujer y esa mujer viene por sintomatología ginecológica, uno no puede atender a esa mujer solo, uno tiene que estar con un acompañante”*, *“hay muchos problemas; de pronto hay mujeres que por ejemplo dicen, es que el doctor me morbosió (sic) o el doctor hizo esto o esto otro; entonces, para evitar o cuidarse en salud, es mejor que haya un acompañante, bien sea acompañante de la paciente o una enfermera acompañándonos, y el contacto físico debe ser el adecuado”*).

Por otra parte, aseguran que al realizar la evaluación física del paciente, deben ser cuidadosos de realizarla de cabeza a pies, y no sólo dirigirla al área afectada referida por el paciente (*“el examen físico que se realiza siempre es de cabeza a pies, generalmente se lo revisa todo, por ejemplo cuando el paciente es nuevo, tú no lo conoces, entonces tú llegas y lo revisas todo y te enfatizas o te demoras más tiempo, digamos si le duele el estómago, en revisar el abdomen; siempre te enfocas más en cierta parte, pero si debemos revisar todo, porque si nos ha pasado, que por no revisar, se complican en otras partes, e incluso se pueden morir”*).

Finalmente, cabe mencionar que las y los médicos internos deben ser cuidadosos al momento de establecer un contacto físico con sus pacientes con el propósito de evitar el riesgo biológico para ellos, teniendo en consideración que tienen contacto con diversos pacientes y sus patologías (*“ahora tanta contaminación que hay en estos servicios, pues preferible no tocarlos, no más por lo que ellos puedan pasarle a uno, sino por lo que uno les pueda pasar a ellos, entonces eso, pero ya para examen físico, se toca más al paciente, pero son cosas ya del examen físico”*).

Contacto físico fraterno

Las y los médicos internos, en su mayoría, aseguran dar importancia a demostrar fraternidad por medio del contacto físico con gestos tales como una apretón de manos o una palmada en el hombro, mediante los cuales se estimula el tratamiento y se favorece el establecimiento de un vínculo empático con el paciente (*“el contacto físico también demuestra que estamos estimulando el tratamiento o que estamos entendiendo por lo que está pasando, que vamos a apoyarlo..., una despedida de manos, o hay pacientes que incluso se motivan tanto que le dicen: vea, por favor doctor ayúdeme, haga algo, por favor que este tratamiento sea el adecuado; que no le pase -si es un niño pequeño- que no le pase nada a mi hijo, y lo abrazan inclusive a uno, uno no puede despreciar eso, uno no puede decir: vea, es que esto no está permitido, sería ilógico”*).

A pesar de que la mayoría de las y los médicos internos afirmaron que expresan un contacto físico fraterno con sus pacientes, esto no fue evidenciado en las observaciones que se realizó; en este orden de ideas, tan sólo uno de los médicos internos demostró coherencia entre sus verbalizaciones y acciones al momento de interactuar con el paciente, debido a que éste mencionó a lo largo de las entrevistas semi-estructuradas y trabajo de grupo focal, que no está de acuerdo con establecer un contacto físico más allá de la revisión de rutina (*“para mí sería... muy confianzudo, tocarle la mano, apretarle, a veces si hay pacientes que lo cogen a uno o lo cogen del brazo y lo agarran durísimo pues cuando lo están inyectando, no sé, cuando sienten dolor, pero uno cogerle la mano, no, eso si no; o sea: para mí sería una falta de respeto con el paciente”*).

DISCUSIÓN

“Hasta hoy día, con toda la ciencia que disponemos, la actitud del médico influye decisivamente en la curación del enfermo, sus palabras, el afecto y la confianza tienen enorme valor terapéutico” (Ariansen, 2008); por ello, teniendo en consideración que las actitudes con las cuales interactúa el profesional de la salud al momento de relacionarse con su paciente influyen en el proceso terapéutico e inclusive en la recuperación del usuario, se vio la necesidad de realizar un estudio que adelante procesos comprensivos de la constitución temprana de las actitudes de un grupo en formación dentro de la carrera de medicina, en particular médicos internos del Hospital Universitario Departamental de Nariño. Cabe resaltar que el óptimo desempeño de las y los médicos internos al momento

de relacionarse con sus pacientes no sólo se reduce a su capacidad para aplicar de manera correcta aspectos técnicos y teóricos aprendidos a lo largo de su proceso formativo, sino que también implica su capacidad para realizar un proceso introspectivo que permita el reconocimiento de sus actitudes frente a la interacción con sus pacientes; en este orden de ideas comprender las actitudes de las y los médicos internos, desde sus componentes: cognitivo, afectivo y conductual, estipulados en el modelo tridimensional de Hovland y Rosenberg (1960), permite hacer una traducción del fenómeno social y entrever aspectos de la subjetividad de los mismos, los cuales como se mencionaba anteriormente influyen en el proceso de interacción con sus pacientes.

Dentro de los principales resultados obtenidos en esta investigación se puede mencionar que: a), se develó información en torno al componente cognitivo de las y los médicos internos, en particular creencias y conocimientos que influyen en la relación que establecen con sus pacientes, b), se reconoció aspectos en torno a los afectos del grupo de médicos internos que son movilizados por condiciones de sus pacientes y del entorno hospitalario en el cual se encuentran, c), se develó patrones conductuales presentes en la RMP y d), se realizó una comprensión acerca de diferentes aspectos y elementos presentes en la RMP que perjudican y favorecen la fluidez y constitución de la misma.

Todos y cada uno de los mencionados resultados serán abordados y discutidos a continuación bajo elementos teóricos y conceptuales; cabe resaltar que para tal efecto la discusión que se presenta describe: creencias, conocimientos, valoraciones afectivas y conductas del grupo en cuestión estudiado en la presente investigación, lo cual fue resultado de la triangulación entre los resultados finales obtenidos en la investigación, los referentes teóricos con los cuales se discute los resultados y el análisis realizado por el investigador.

En cuanto al componente cognitivo éste se tomó según Zimmermann como (1998) el conjunto de elementos informativos y de experiencias que le permiten al individuo, en este caso particular las y los médicos internos, tener ciertas disposiciones a pensar en términos de opiniones, juicios lógicos, conocimientos y sistemas de creencias. Cada uno de las y los médicos internos forma un determinado sistema o esquema cognitivo, que de una u otra forma se convierte en un valor que expresa la significación positiva o negativa que se le da a la relación que establecen con sus

pacientes; de esta manera se debe entender que el valor que brindan a la susodicha no depende de propiedades objetivas de la misma, sino que más bien son creadas por cada uno y cada una a partir del proceso de aprendizaje previo que experimentaron de manera particular e individual y en donde influyen aspectos tales como: historia personal y sociocultural, interacciones personales, modos de comunicación e información, sus emociones y conductas (Zimmermann, 1998).

Dentro del componente cognitivo se develó por una parte las creencias que tienen las y los médicos internos en torno a la relación que establecen con sus pacientes; según Hernández, Suarez, Martínez y Hess (1997) las creencias se entienden como un sistema de elementos cognitivos que se organizan en la memoria, independiente del referente al que pertenecen; aún así, establecen una relación entre dos elementos y se alteran en función de la información nueva, afectando otras creencias.

De acuerdo al trabajo realizado con el grupo de médicos internos se evidenció dentro de su sistema de creencias, la importancia que consideran presenta el vínculo al momento de relacionarse con sus pacientes; esto quiere decir que para el grupo en cuestión es importante el establecimiento de una RMP que no vaya enfocada netamente al aspecto somático o sintomatología física; la mayoría del grupo considera que al momento de interactuar es valioso reconocer aspectos psicológicos y emocionales del paciente; de esta manera están demostrando manejar poca afinidad con el modelo patogénico, el cual se presenta como un modelo causal que sólo le interesa la causa específica de una enfermedad y no da posibilidad para introducir otras variables como lo psicológico y/o social en la explicación de la enfermedad; es por ello que el modelo patogénico: “en tanto que modelo causal, resulta insatisfactorio para explicar la salud” (León, Medina, Barriga, Ballesteros & Herrera, 2004, p. 36). Por todo lo anterior, es valioso reconocer que la mencionada creencia de las y los médicos internos favorece el proceso terapéutico en tanto que amplía el abanico de posibilidades desde las cuales comprender la sintomatología del paciente.

Por otra parte el grupo de médicos internos evidencia dentro de sus creencias dar gran importancia al aspecto racional por sobre el emocional, sobre todo en aquellas ocasiones en las que deben tomar decisiones frente al proceso de sus pacientes y en las que les corresponde comunicar malas noticias. La racionalidad que aseguran es importante esté presente en la RMP recae directamente sobre sí mismos y sobre la imagen que muestran

como médicos internos dentro del HUDN; de esta manera la presencia de ambas creencias en su sistema cognitivo puede afectarse mutuamente, sobre todo en el tipo de atención que brindan a sus usuarios, debido a que si consideran por una parte, darle importancia a las emociones del paciente y por otra ser racionales, no logran establecer una posición que favorezca la fluidez emocional en su interacción y sobre todo la valoración plena de las emociones de sus pacientes;

Con el fin de favorecer un vínculo empático con los se hace imprescindible que el grupo de médicos internos pueda experimentar dentro de su vida diaria la importancia que tienen las emociones para ellos y ellas mismas sin rechazo de éstas, y así mejorar su posibilidad de valorar las emociones ajenas; en caso contrario, si menosprecian sus propias emociones afectarían negativamente su capacidad para valorar las emociones de los demás, sobre todo si se tiene en cuenta las ideas de Goleman (1995) acerca de la inteligencia emocional, en donde menciona dos aspectos fundamentales de la misma que se encuentran íntima y estrechamente vinculados entre sí, como lo son la inteligencia interpersonal e intrapersonal; la primera de éstas hace referencia según menciona Couto (2011) a la capacidad para entender a las otras personas, mientras que la segunda alude a la capacidad correlativa a la anterior, pero orientada hacia adentro; de igual manera anexa que desde la teoría de la inteligencia emocional la primera habilidad a adquirir es la capacidad de percibir y expresar emociones, estando incluidas las habilidades para “identificar emociones en los estados subjetivos propios, identificar las emociones en otras personas, precisar la expresión emocional, discriminar entre sentimientos y entre expresiones sinceras y no sinceras de las mismas” (p. 102).

Dentro del sistema de creencias del grupo de médicos internos se evidenció ciertas atribuciones que hacen a diversos factores, los cuales consideran influyen y afectan tanto positiva como negativamente a la RMP, como por ejemplo: el estrato socioeconómico, nivel educativo, estabilidad física de sus pacientes y el lapso en que se encuentran hospitalizados, además la falta de tiempo que consideran tienen como médicos internos para interactuar con sus usuarios.

En su totalidad se evidencia que la mayoría de los mencionados factores son de carácter externo al grupo en cuestión, por ello la explicación que brindan a las dificultades que se presentan en la RMP suele ser fundamentadas por condiciones ajenas a ellas y ellos

mismos. Rotter (1954, citado en Morris y Maisto, 2001) menciona el término *locus* de control externo, el cual hace referencia a una alta percepción por parte de un sujeto frente a que las situaciones y eventos que suceden a su alrededor, son resultado de condiciones externas como el destino, suerte o el poder, y decisiones de otros.

Lo anterior es potencialmente negativo si se tiene en cuenta que mediante las atribuciones externas citadas por las y los médicos internos, se desligan parcialmente de la responsabilidad que tienen frente a las condiciones dentro de la RMP; además es importante tener presente que los integrantes del grupo dentro de su rol como médicos deben asumir la responsabilidad de generar procesos positivos en torno a la dinámica relacional con sus pacientes; ello implica que sean capaces de incluir atribuciones internas e involucrarse en aquellas explicaciones que brindan frente al proceso relacional con sus usuarios, tanto en lo positivo como en lo negativo del mismo.

En particular respecto a la falta de tiempo el grupo de médicos internos atribuye este hecho a la diversidad de labores que debe realizar en el Hospital, de igual manera reconocen que ello influye negativamente en la relación con sus pacientes, debido a que les impide interactuar ampliamente con ellos; Guevara, Henao, y Herrera (2002) mencionan dentro de su estudio denominado Síndrome de Desgaste Profesional en Médicos Internos y Residentes: “los médicos internos y residentes tienen aproximadamente 80% de la carga asistencial de la institución”; de esta manera se entiende que los internos deben responsabilizarse de una gran carga laboral y de un sin número de actividades académicas, aspectos tales que influyen y limitan su vida de pareja, su desempeño frente al papel de padre o madre, su vida social y/o familiar debido a que aparecen problemas de coordinación y de organización tales como horarios de comida diferentes al de los demás miembros de la familia que lleva al médico a no poder ser partícipe de aquellos momentos.

Por otra parte, respecto a las atribuciones del grupo de médicos internos en torno a los niveles socioeconómicos y educativos de sus pacientes, se evidenció que consideran la interacción con pacientes de estratos y niveles educativos medios con condiciones más agradables en contraste a la gestada con pacientes de estratos y niveles educativos bajos y/o altos. En el caso particular de la interacción con pacientes de estratos y niveles educativos bajos, las dificultades radican, según puntualiza el grupo de médicos internos, en el establecimiento de una comunicación poco fluida, una baja colaboración por parte de los

usuarios en mención y la presencia de agresiones verbales que violentan la seguridad de su integridad física, hecho último que hasta el momento no ha trascendido a hechos físicos reales; aún así es importante tener presente que la sensación de inseguridad puede ser inclusive más aberrante que la inseguridad misma y afecta negativamente el tipo de vínculo establecido.

Como se pudo evidenciar en la presente investigación, se puntualizó que en general existen obstáculos que dificultan la comunicación entre pacientes de estratos y niveles educativos altos y bajos con las y los médicos internos; Verlinde, Delaenderm, DeMaesschalck, Deveugele y Willems (2012 citados en Padilla, 2012) mencionan que los pacientes de clase social baja suelen formular menos preguntas, además se muestran menos proactivos en su relación con el médico que los de alta clase social. En el proceso comunicativo establecido en la RMP cabe resaltar según menciona Fonseca, Correa, Pineda y Lemus (2011) que: “Cada uno de nosotros cumple varios roles, de los que cada rol exige una conducta y una forma de comunicarnos que va de acuerdo con las normas establecidas para esa posición específica dentro del grupo social en que vivimos” (p. 22); anexan que “los roles uniforman las conductas que los individuos deben tener en una posición; para ello se establece reglas y normas; se dicta leyes y se impone castigos; surgen creencias, valores y costumbres distintivas de cada grupo” (p. 29); con ello cabe resaltar que en la RMP cada una de las partes interactúa desde sus características socioculturales específicas trayendo consigo espacios en los que se desarrolla obstáculos que interrumpen una comunicación eficaz y en donde es fundamental que el profesional de la salud asuma una responsabilidad y compromiso directo en torno al mejoramiento de dicho proceso comunicativo con su paciente; Verlinde et al. (2012 citados en Padilla, 2012) mencionan en su artículo:

“Los médicos deben ser conscientes de las diferencias que presentan en la comunicación de información y en la implicación de los pacientes de bajas clases sociales, así como de las causas que subyacen a estos comportamientos. Es importante que los médicos presten atención a las actitudes que toman frente a los pacientes y se muestren conscientes de cómo sus sensaciones y sentimientos pueden influir en su comportamiento; un comportamiento que es percibido por los pacientes. Deben tomar en consideración la posibilidad de que conscientes o

inconscientes estereotipos pueden influir en sus comportamientos, así como en la forma de afrontar las relaciones interpersonales”.

De esta manera se comprende que el proceso comunicativo se encuentra matizado por la individualidad y subjetividad propia de cada una de las partes implicadas en él; Zacharis y Coleman (1987 citados en Fonseca et al., 2011) dicen que al comunicarse los médicos con sus pacientes pueden encontrar varios obstáculos debido a las diferencias en: las percepciones, habilidades de comunicación, la interpretación del mensaje y la autoridad o estatus. Respecto al primer obstáculo mencionan que las diferentes experiencias, actitudes y valores determinan la forma cómo se percibe e interpreta el mundo; por su parte, en torno a las habilidades de comunicación, mencionan: “No siempre es evidente el nivel personal de conocimientos o habilidades para interactuar con que cuentan el emisor y el receptor en un proceso comunicativo” (Zacharis y Coleman, 1987 citados en Fonseca et al., 2011, p. 31); por ello muchas veces las personas se empeñan en evaluar y juzgar “deficiencias” o “defectos”, lo cual anula en diversas ocasiones el propósito de comprensión y entendimiento. Por otra parte, respecto a la interpretación del mensaje, aseguran que en todo proceso comunicativo tanto las palabras como los gestos pueden ser interpretados en varias formas, creando una barrera para el entendimiento; y finalmente respecto a la autoridad o estatus, cabe resaltar que la posición que ocupan los individuos en la situación de comunicación también influyen en la calidad de la recepción y emisión de mensajes.

Para finalizar el apartado de las creencias del componente cognitivo se menciona una lista de valores que las y los médicos internos consideran son importantes a lo largo del establecimiento de la RMP, tales como: respeto, empatía, confianza, responsabilidad, privacidad, confidencialidad y veracidad. Los anteriores valores mencionados hacen parte de la ética médica, con la cual los médicos “deben” dirigir sus actos; según Aguirre (2004 citado en Rivero & Paredes, 2006) la ética médica “es la disciplina que fomenta la buena práctica médica mediante la búsqueda del beneficio del paciente; dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida” (p. 279).

Para el grupo de médicos internos, el establecimiento de una interacción con sus pacientes en base a los mencionados valores, abre la posibilidad de mejorar las condiciones

internas en la cuales se gesta la RMP; por ende permite favorecer el vínculo y el proceso de recuperación del usuario. Es importante que las y los médicos internos otorguen “atención al usuario con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas” (Aguirre, 2004 citado en Rivero & Paredes, 2006, p. 108), respecto a los principios éticos vigentes, incluidos dentro de esta definición, se consideran relevantes:

a) el principio de beneficencia (ante todo no hacer daño); b) la equidad en el proceso de atención; c) el respeto mutuo en la relación médico- paciente; d) trato individualizado y amable; e) el humanismo durante la atención; f) el consentimiento informado, al que debe seguir el respeto a la autonomía del paciente para tomar las decisiones inherentes a su persona; g) la privacidad durante el proceso de atención; h) el respeto al pudor, sin descuidar la atención, buscando el máximo beneficio y minimizando el riesgo; i) la confiabilidad del médico; j) el respeto a los principios morales y religiosos; y k) el derecho a una muerte digna. (p. 279 - 280).

Se pudo notar que, en general, las creencias de las y los médicos internos en torno a los valores dentro de la RMP son coherentes y se enfocan con las ideas anteriormente descritas, sobre todo si se tiene presente la gran importancia que dan al establecimiento de un vínculo empático con sus pacientes; el grupo de médicos internos asegura que el establecimiento del mencionado vínculo permite mejorar las condiciones para que sus usuarios puedan confiar más en ellos y ellas, y así brindar mayor cantidad de información, lo cual a su vez retroalimenta el caso y permite establecer con mayor eficacia un correcto tratamiento para el paciente. Rodríguez, Blanco y Parra (2009) afirman que para que se presente el mencionado vínculo, es necesario “explorar aspectos psico-sociales del paciente, mantener un estilo comunicativo dialógico con el paciente, propiciar el acercamiento afectivo al paciente, mostrar interés y preocupación real por los problemas del paciente”.

Otro de los aspectos develados dentro del componente cognitivo de las actitudes fue el conocimiento formal que las y los médicos internos tienen acerca de aspectos que influyen en la relación establecida con sus pacientes. El conocimiento formal se define

según Ocaña (2012) como aquel “conocimiento objetivo que responde a patrones lógicos, es axiomático, verdadero, universal, verificable; al contrario del conocimiento subjetivo o creencia, el formal se aprende mediante sistemas, también formales, de aprendizaje devenidos de enseñanzas varias incluidas en cursos, seminarios, estudios de grado, posgrado, bibliografía” (p. 88).

Dentro de los conocimientos que maneja el grupo de médicos internos se puntualizó elementos referentes a los aspectos verbales y no verbales de la comunicación; de esta manera fue notorio que el grupo en su totalidad conoce la importancia de ambos aspectos al momento de interactuar con sus pacientes; se encontró consenso total en torno al valor de la comunicación verbal, mientras que respecto a la segunda, uno de los médicos internos rechazó parcialmente la importancia de la misma en la interacción con sus pacientes.

Los conocimientos alrededor de la comunicación tanto verbal como no verbal son de vital importancia en la RMP, mediante éstos es posible establecer un vínculo más fuerte, conocer la sintomatología que aqueja al paciente y posteriormente poder implementar una estrategia que beneficie al mismo; en este orden de ideas Rodríguez, Blanco y Parra (2009) mencionan que “la comunicación es un proceso complejo, de carácter material y espiritual, social e interpersonal que posibilita el intercambio de información, la interacción y la influencia en el comportamiento humano a partir de la capacidad simbólica del hombre” (p. 2).

Las y los médicos internos reconocen que es importante establecer una comunicación verbal dependiendo del nivel educativo del paciente y en donde se mantenga la sencillez y la claridad de términos; de esta manera mencionan: “es importante diferenciar muy bien con quién uno está hablando, o sea, uno no le puede hablar de la misma manera a un paciente que tiene una formación académica alta a nivel universitario”, “con todos los pacientes se debe ser claro y muy sencillo a la hora de decir las cosas, o sea, explicarles bien, en términos que entiendan”. Fonseca (2005) menciona que “el comunicador debe tratar de hacer adaptaciones pensando en su receptor, puesto que la comunicación se da sólo si el receptor posee un significado para el mensaje y este significado es similar al que el emisor pretende darle” (p. 25). Por otra parte específicamente en la RMP, Rodríguez, Blanco y Parra (2009) refieren la importancia del establecimiento de una comunicación que permita adecuar el lenguaje al nivel cultural del paciente; para ello se debe usar un

vocabulario que no incluya tecnicismos ni palabras que no sean entendibles por el paciente, pues esto hace que el mismo no pueda expresar elementos importantes sobre su estado actual o previo, o que brinde información distorsionada; a pesar de lo anterior, no se debe caer en el error de considerar que el proceso comunicativo establecido entre el médico con su paciente recae completamente en la responsabilidad del primero de éstos, puesto que la comunicación es un proceso de interacción entre dos individuos que conlleva la bidireccionalidad. Fonseca asegura que aquel que comunica debe tomar consciencia de que el proceso de comunicación es recíproco, dado que el éxito del mismo depende tanto del emisor como del receptor; anexa: “recordemos que la dinámica de la comunicación es transaccional, y que, con el intercambio de mensajes, la responsabilidad que adquieren ambas partes viviendo el rol de comunicadores, es compartida” (p. 29).

Como ya se mencionaba, el uso de un lenguaje por parte de los médicos internos que sea entendible para los pacientes, permite favorecer el proceso comunicativo en ambas partes; de igual manera el grupo de médicos internos en su mayoría reconoce el valor de la comunicación no verbal para el correcto establecimiento de la RMP; de esta manera puntualizan la importancia de aspectos específicos tales como: contacto visual constante, entonación y volumen de voz óptimos, evitación de expresiones de tensión que puedan afectar negativamente a sus usuarios y toma de consciencia de las expresiones del paciente; en este apartado se resalta en particular una de las verbalizaciones de los médicos internos que menciona con respecto a la comunicación no verbal: “es mucho más importante lo que él comenta y cómo él lo transmita, pues porque es él, el que está viviendo esa situación que las cosas que uno pueda encontrar escritas en una hoja o en una historia clínica”. Fonseca (2005) considera que la entonación de la voz, la gesticulación y los movimientos ayudan a interpretar y exponer con más exactitud el significado de los mensajes; lo apoyan y complementan. En este orden de ideas se evidenció que el grupo reconoce la importancia de tomar consciencia de la comunicación no verbal tanto propia como de la de sus pacientes, debido a que las expresiones que demuestren como médicos internos, pueden influir en sus pacientes y por su parte, las de sus pacientes pueden indicar y brindar información útil para el proceso médico; de igual manera cabe resaltar que el mencionado punto hace parte de la Ley 23 de 1981 en la cual se establece normas sobre ética médica, y específicamente en el artículo 11 se menciona: “La actitud del médico ante el paciente será

siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas” (p. 4).

Por último, dentro del apartado de conocimientos cabe resaltar que el grupo evidenció conocer aspectos referentes a la normatividad que rige su profesión, sobre todo en lo referente al principio de confidencialidad y manejo de la información contenido en la ya referida Ley 23 de 1981 que dicta normas en materia de ética médica y en la cual específicamente respecto al secreto profesional en el artículo 37 menciona: “entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales” (p. 7).

En conclusión, los conocimientos formales del grupo de médicos internos son puntuales en torno a la importancia que presenta tanto la comunicación no verbal como la comunicación verbal a lo largo de todo el proceso de recuperación del paciente; de igual manera cabe anotar que dichos conocimientos favorecen el fortalecimiento de la creencia en la que mencionan la importancia de ser veraces al momento de establecer una comunicación con sus usuarios.

En cuanto al componente afectivo, éste se definió en un primer momento según Rusell y Barret (1999, citados en Morales, Paez, Kornblit y Asún, 2002) como: “la experiencia psicológica más elemental a la que tenemos acceso mediante introspección y que constituye el núcleo central de lo que llamamos emoción” (p. 236). Para algunos autores como Fishbein y Raven (1962, citados por Rodríguez 1991), este componente indica la posición afectiva que establece la persona hacia el entorno (sentimientos, preocupaciones, sensaciones etc.), mediante él se realiza una valoración de la experiencia gestada con el entorno; de esta manera el componente afectivo de las actitudes se convierte en un recurso a través del cual el médico interno se implica a sí mismo en la relación que establece; en otras palabras, esta actividad mental determina el grado de implicación y el nivel de interés que pueda tener en la relación.

Específicamente, en el grupo de médicos internos se identificaron diversas emociones que se movilizan a partir de la interacción con sus pacientes; la mayor parte del grupo asegura que al iniciar la interacción con un paciente desconocido experimentan

“nerviosismo” asociado a la incertidumbre que tienen respecto a la sintomatología y rasgos de personalidad del paciente; de esta manera mencionan: “en un primer momento se siente nervios y ansiedad por saber con respecto a quién uno se va a enfrentar”, “cuando uno ya sabe que tiene las cosas claras y que ya sabe lo que se va a hacer, que le va a ayudar, entonces uno ya entra como con más confianza, como en mejor condición con el paciente”. De igual manera anexan que la sensación de “nervios” que experimentan se da con mayor frecuencia al inicio de su proceso de internado en donde sus conocimientos prácticos y aplicables a los casos de sus pacientes no han sido ampliamente afianzados; en este orden de ideas, se evidencia una relación directamente proporcional entre su aprendizaje práctico basado en experiencias previas y su nivel de ansiedad al interactuar con pacientes por vez primera. Dyrbye, Thomas y Shanafelt (2005) mencionan que “los estudiantes de medicina sufren un importante estrés desde el comienzo de su entrenamiento y si bien es aceptable cierto grado de tensión, no todos los estudiantes lo resuelven de manera adecuada”.

Por otra parte las y los médicos internos mencionaron en su totalidad experimentar compromiso frente al proceso y bienestar físico del paciente, lo cual a excepción de uno de ellos, trasciende a un vínculo empático que permite participar afectivamente de la realidad que afecta a sus pacientes y acompañantes. Según Fonseca (2005) establecer un vínculo empático entre dos personas es de vital importancia para comprender mejor las ideas y sentimientos del otro y así lograr una comunicación más efectiva; de igual manera anexa: “el comunicador que pueda empatizar con otros tendrá más efectividad en su interacción, debido a que la empatía promueve la confianza y el sentido de unión” (p. 23). Teniendo en consideración lo mencionado anteriormente, la mayoría de las y los médicos internos reconocen que el establecer un vínculo empático con sus pacientes permite que estos a su vez sientan mayor confianza y hablen con más tranquilidad de sí mismos, favoreciendo así la fluidez de la información y por ende la comprensión del cuadro clínico que les aqueja; al establecer un vínculo empático el grupo de médicos internos, en su mayoría, asevera que en diversas ocasiones experimentan tristeza asociada a la presencia de dificultades en el proceso de recuperación del paciente.

A pesar de que las y los médicos internos reconocen que el establecimiento del mencionado vínculo afectivo puede favorecer la interacción con sus pacientes, se evidenció que lo anterior se ve afectado por la creencia de que establecer dicho vínculo puede ser

perjudicial en su capacidad de tomar decisiones racionales frente al tratamiento del paciente; en este orden de ideas una de las médicas internas puntualiza: “cuando uno se empieza a involucrar de más, ya no es objetivo con el paciente; o sea, ya empiezas a mirar lo que le conviene, porque al fin y al cabo te está conviniendo a ti”; de esta manera se evidencia una posición ambivalente respecto al tipo de vínculo que consideran establecer con el paciente, a partir de lo cual las emociones que experimentan por sus pacientes son afectadas desde lo racional y por ende el establecimiento del vínculo afectivo se ve dificultado. Fonseca (2005) menciona que no siempre es fácil ser empático, debido a que: “la empatía implica la capacidad de reproducir en uno mismo los sentimientos de alguien más, logrando así una identificación; debido a los factores que influyen en la comunicación, tal conducta no se da fácilmente en todas las interacciones” (p. 23).

Cabe resaltar la presencia de modelos, en particular algunos de los médicos especialistas, que rechazan la importancia de establecer un contacto empático con sus pacientes e inclusive de manera reiterada y marcada realizan acciones apáticas dirigidas a sus usuarios, de las cuales los internos son espectadores. Teniendo en consideración que los médicos internos se encuentran en proceso formativo, las mencionadas acciones realizadas por los médicos especialistas pueden influir en su aprendizaje; respecto a lo anterior Orellana, Rojas y Silva (2010) mencionan en su estudio denominado “Influencia del modelo e imagen del médico durante la formación de pregrado en un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad de Antofagasta”:

El modelo e imagen del médico como formador es fundamental en el proceso de aprendizaje de los futuros médicos. En la muestra estudiada se percibe un gran capital humano al ingreso a la carrera, denotando valores altruistas, vocación de servicio y una gran generosidad de parte de los estudiantes; sin embargo, el contacto con el medio y los tutores, más su propio proceso de maduración, hace que un gran número de ellos cambie su percepción.

De igual manera las acciones ofensivas y de rechazo realizadas por algunos de los especialistas e inclusive por algunas de las enfermeras jefe son dirigidas hacia las y los médicos internos, razón por la cual el grupo con el cual se trabajó aseguró en su totalidad

que ha experimentado y/o ha sido espectador de dichas acciones que les genera malestar e incomodidad en su proceso de internado. Por ello, a pesar de que se reconoce que en el presente trabajo se está investigando el componente afectivo de las y los médicos internos frente a la relación establecida con sus pacientes, cabe resaltar que la interacción de los médicos internos con sus superiores influye a su vez en la posición con sus pacientes, ya que, como se evidenció en el trabajo de campo, en su mayoría el grupo mostró una posición pasiva al momento de interactuar con el paciente cuando se encontraba presente el médico especialista, sobre todo en las revistas médicas. De igual manera la mayoría de las y los médicos internos demostró asumir una posición de resignación y evitación cuando no se encontraban de acuerdo con las acciones realizadas por los médicos especialistas, incluyendo aquellas que pueden afectar negativamente la salud emocional de sus pacientes; anexan que otros aspectos que les generan malestar es el poco apoyo que reciben, sumado a la alta exigencia que demandan y la baja asertividad que tienen para comunicarse.

La dificultad experimentada por las y los médicos internos con algunos de sus superiores, en particular médicos especialistas, fue puntualizada a lo largo de otras investigaciones que trabajaron con médicos en proceso de formación, entre ellos internos y residentes; entre estas investigaciones están las ya citadas de Dyrbye, Thomas, y Shanafelt denominada “El impacto psicológico del estudiante de Medicina; stress, burnout, depresión” (2005); de igual manera el trabajo denominado: “Influencia del modelo e imagen del médico durante la formación de pregrado en un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad de Antofagasta” de los autores Orellana, Rojas, y Silva (2010) y por último la investigación denominada: “El aprendizaje de estudiantes de Medicina durante su internado en tres hospitales en Nayarit, México” realizado por Cancino, Fernández, Arbesú (2011).

De esta manera se puede comprender que la situación no es particular del grupo de médicos internos con los cuales se trabajó en la presente investigación, por lo cual se hace pertinente reconocer la presencia de circunstancias que dificultan el proceso de formación y aprendizaje; específicamente dentro de los resultados del trabajo de Orellana, Rojas y Silva (2010) se puntualiza aspectos negativos de sus tutores señalados por el grupo de médicos internos tales como: mercantilismo, falta de compromiso con los pacientes, falta de servicio

público, de empatía y responsabilidad, mayor preocupación por logros personales, e inclusive agregan que “algunos no cumplen normas éticas”.

Para finalizar el componente afectivo, es importante tener presente que el proceso formativo en el cual se encuentran las y los médicos internos implica el encuentro con otros médicos que directa o indirectamente influirán en su aprendizaje mediante la transmisión de conocimientos teóricos y destrezas propias de la profesión. “La enseñanza es un proceso social en el que ambas partes se perfeccionan mutuamente y en el cual la presentación de valores y disvalores es inseparable de la tarea docente. El profesionalismo demostrado por el docente constituirá un modelo que condicione la visión del estudiante respecto de la actividad para la que se prepara” (Orellana, Rojas & Silva, 2010).

En cuanto al componente conductual de las actitudes, se definió dentro de éste a la conducta como una reacción general de la persona frente a las diversas situaciones y circunstancias de la vida que enfrenta; según Consuegra (2004) toda conducta es una comunicación, que a su vez no puede sino provocar una respuesta que consiste en otra conducta-comunicación. Las actitudes corporales, los gestos, la acción y el lenguaje son las cuatro formas de conducta que ostentan los seres humanos.

Con relación a los patrones conductuales establecidos por el grupo de médicos internos al momento de interactuar con sus pacientes, se evidenció que tanto sus conductas verbales como el contacto físico que aplicaron, fueron enfocados en mayor medida a la evaluación del estado físico y no al emocional, lo cual no es acorde a lo puntualizado en las anteriores categorías. De esta manera fue evidente que los interrogantes que realizaban a sus usuarios iban mediatizados por la necesidad de recoger información en torno al estado físico del paciente y se alejaba de la posibilidad de establecer una comunicación que indague aspectos personales; respecto a ello Ambrosio (2010) asegura que en diversas ocasiones las y los médicos no encuentran una solución para sus pacientes debido a que olvidan prestar atención a circunstancias del contexto que pueden influir; por ejemplo, una baja sensible del sistema inmunológico por situaciones particulares, como haber sido despedido.

Respecto al contacto físico las y los médicos internos hicieron uso de éste para establecer netamente una evaluación del estado físico del paciente; de esta manera se caracterizó por estar ausente de expresiones de empatía, debido a que ninguno de las y los

médicos internos hizo uso de dichas expresiones; lo anterior claramente está en contra de las ideas manejadas por la mayoría del grupo de médicos internos, en las que consideran de importancia establecer un contacto físico que favorezca el vínculo con sus pacientes; la mencionada situación es preocupante si se tiene en consideración que el contacto físico que establece el profesional de la salud con sus pacientes, aparte de permitirle recoger información acerca del estado físico, también le permite mejorar el vínculo con su usuario; en este orden de ideas, Medina (2012) menciona: “el contacto físico entre el personal médico y el paciente también puede transmitir mucha información no verbal. Así, un estrechamiento de manos o un abrazo pueden hacer que el paciente se sienta comprendido, animado o incluso contento” (p. 108); por su parte Ambrosio (2010) asegura que: “los pacientes son más proclives a tomar la medicación y a juzgar mejor a su médico cuando éste les habla, los toma del brazo y es más comprensivo con la persona en su totalidad”. De igual manera añade: “el examen físico es mucho más que obtener información fría: es vincularse, acercarse, sentir que tiene un ser próximo”.

A pesar de lo anterior, un aspecto dentro del componente conductual que guarda directa correlación con las creencias del grupo de médicos internos, es la que estipula la importancia de establecer un contacto físico cuidadoso y una comunicación verbal clara y sencilla; ello fue evidente en la medida en que la mayoría de las y los médicos internos demostraron conductas enfocadas a explicar la sintomatología y evolución de sus pacientes e inclusive respondieron las inquietudes que les formulaban, todo ello realizado sin prisa, con claridad mediante el uso de términos sencillos. De igual manera todo el grupo de médicos internos mantuvo a lo largo de la interacción con sus pacientes un contacto visual constante el cual según mencionan, es de vital importancia para demostrar que se encuentran atentos y atentas a las verbalizaciones de sus usuarios; “el contacto visual puede ser acogedor y sincero, pero también distante y frío, lo cual influye de modo radical en las relaciones comunicativas que el paciente establece con el profesional de la salud” (Medina, 2012, p. 108); así, los dos últimos aspectos mencionados son fundamentales al momento de favorecer la fluidez de la información brindada por sus pacientes, dado que hacer buen uso de éstos permite hacer sentir a sus pacientes como sujetos a los cuales se les brinda un grado de importancia y atención a lo largo de su hospitalización; sobre todo son fundamentales a la hora de interactuar con los pacientes si se tiene presente lo mencionado

por Medina (2012), el cual considera de importancia valorar al paciente como una persona que acude al hospital para recibir apoyo del médico dado que éste experimenta un determinado problema que le preocupa y le angustia; en palabras propias menciona: “dicho problema no sólo es físico o psicológico, sino también emocional, de ahí la importancia de que el profesional de la salud recurra al lenguaje verbal y al no verbal para responder a todas las peticiones física, psicológicas y emocionales que le plantea el paciente” (p. 107)”

Otro aspecto que evidenció congruencia entre los tres componentes actitudinales, fue el uso del nombre del paciente para identificarlo, algunos de los integrantes del grupo de médicos internos hizo uso de éste al iniciar la interacción y otros al finalizar; según menciona Morales (2007) el tener presente el nombre del paciente permitirá establecer una relación y un trato más cercano; ello en diversos casos refuerza la sensación de confianza entre profesional y paciente, disminuyendo el estrés.

En conclusión, dentro de los patrones conductuales establecidos por las y los médicos internos es evidente la ejecución de comportamientos enfocados a favorecer y optimizar los procesos comunicativos a lo largo de la interacción, como por ejemplo: ausencia de expresiones de tensión, uso adecuado de tono y pronunciación de las palabras, uso de léxico sencillo, contacto visual constante; a pesar de lo anterior cabe resaltar que hubo ausencia total de un contacto físico que vaya enfocado al establecimiento u optimización del vínculo de empatía.

CONCLUSIONES

Es importante contextualizar estudios que investiguen las actitudes de manera temprana de aquellos agentes que se desarrollan en la atención dentro del ámbito sanitario, como las y los médicos internos, considerando las características propias de un contexto sociocultural determinado.

El grupo de médicos internos en general presenta de manera homogénea actitudes frente a la interacción con pacientes.

Los médicos internos con los cuales se trabajó consideran que es importante tener presentes las emociones del paciente en la interacción que establecen y en el transcurso del tratamiento, debido a que éstas influyen en su proceso de recuperación. En contraposición, rechazan el modelo patogénico que considera como único foco de atención la patología específica que aqueja al paciente.

Los médicos internos que aportaron a la investigación consideran de gran relevancia ser racionales en el contacto con el paciente, debido a que de no ser así, su capacidad para tomar decisiones se vería afectada e influiría en el trato que brindan, ello influye directamente en su capacidad de reconocer y actuar en pro de las emociones del paciente.

El grupo de médicos internos presenta en mayor medida un locus de control externo teniendo en consideración las atribuciones que hacen respecto a factores que consideran influyen en el establecimiento de la RMP.

El componente afectivo del grupo de médicos internos se ve movilizado tanto por factores adyacentes a la relación establecida con sus pacientes, como por factores independientes de la misma, asociados a condiciones del entorno hospitalario. De manera general dichos factores tienen directa relación con aquellos que ubican dentro de su sistema de creencias como situaciones que afectan el establecimiento de la RMP; de esta manera se evidencia una directa correlación entre los componentes cognitivos, en particular sus creencias y el componente afectivo.

El grupo de médicos internos, a pesar de haber referido dentro de sus sistemas cognitivo y afectivo la importancia del establecimiento de un vínculo empático con sus pacientes, no evidenciaron un amplio repertorio de conductas enfocadas a establecer dicho proceso.

El grupo de médicos internos presenta atribuciones frente al comportamiento de los pacientes en función del estrato socioeconómico y nivel educativo, lo cual, en el caso de aquellos usuarios de niveles bajos, los indisponen o afecta negativamente respecto a la interacción.

Las y los médicos internos focalizados conocen la importancia de la comunicación verbal y no verbal en la interacción con sus pacientes. De manera consensuada consideran que la primera de éstas debe ser clara y sencilla y además estar acorde al nivel educativo del paciente; por su parte dentro de la comunicación no verbal, de manera general, aseguran que mediante ésta se puede favorecer el establecimiento de un vínculo empático con el paciente. Se evidenció en el grupo de médicos internos, una relación directamente proporcional entre el establecimiento fluido de la comunicación (verbal y no verbal), la información brindada por el usuario respecto a su sintomatología y el éxito terapéutico, lo

cual a su vez influye en el grado de motivación que presentaron los médicos internos en su profesión.

El grupo de médicos internos se encuentra movilizado por diversos valores positivos que fortalecen la relación con sus usuarios, es así como evidenciaron respeto, empatía, responsabilidad y, en particular, compromiso por el estado de salud y la evolución del paciente, aclarando que ello no se remite a responsabilidades legales, puesto que en su cargo actual no presentan tales implicaciones. De esta manera se puede apreciar el ejercicio de uno de los principios manejados en el código deontológico de la medicina, el cual dicta: “La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste ha de anteponerse a cualquier otra conveniencia”.

Los médicos especialistas se constituyen como guías en el proceso formativo y tienen un impacto directo en el grado de satisfacción de los médicos internos respecto a su experiencia en el internado; es importante resaltar que dichos tutores se constituyen como modelos de valores tanto positivos como negativos, y teniendo en consideración las verbalizaciones del grupo focalizado, no son representantes en su mayoría de valores positivos.

RECOMENDACIONES

En la presente investigación se tuvo como grupo de estudio a los médicos internos de los servicios de Medicina Interna, Ortopedia y Quirúrgicas del HUDN, con quienes se adelantó el objetivo puntual de comprender sus actitudes en torno a la relación que establecen con sus pacientes. Se recomienda considerar el estudio de las actitudes de los pacientes en torno a la relación que establecen con su médico, con el fin de contrastar los elementos ubicados en la presente investigación, y así dar una nueva perspectiva a los hallazgos mencionados a lo largo del trabajo.

Se sugiere continuar con el estudio de la RMP desde los fundamentos de la psicología, con el fin de favorecer el proceso comprensivo de la mencionada relación y así posteriormente identificar espacios y circunstancias que puedan generar malestar a las diferentes partes inmersas en la interacción, para poder construir un proyecto que permita incidir en los procesos formativos en los cuales se encuentran inmersos las y los médicos internos, dado su carácter de estudiantes. De igual manera, mediante este punto poder

inscribir a la Psicología como disciplina fundamental dentro del contexto hospitalario, dado que en nuestro contexto particular se evidencia una baja participación de profesionales de la salud en dicho ámbito.

Teniendo en consideración que la RMP es central dentro del ámbito sanitario puesto que es en el médico, por sobre otros profesionales de la salud, en quien recae la mayor parte de la solicitud de salud que demanda tanto el paciente como sus acompañantes al interior de los hospitales, es importante continuar con estudios que permitan seguir adelantando procesos de comprensión en torno a la mencionada interacción, sobre todo si se tiene en cuenta que el presente tema no ha tenido gran auge dentro de nuestro contexto particular; por ello se recomienda continuar el proceso de comprensión de la RMP desde elementos internos y constituyentes del mismo como son las actitudes; ello aportará posteriormente la construcción de proyectos de psicología que se inscriban al interior de las políticas hospitalarias y permitan la ejecución de acciones que abran el espacio que merece la salud mental de los pacientes y de los profesionales de la salud en los hospitales, todo ello bajo un enfoque integral, teniendo en consideración los componentes físicos, psicológicos y sociales de ambas partes inmersas en la interacción.

Implementar un proceso de monitoreo y seguimiento en torno al vínculo que establecen los médicos internos con sus tutores, en particular con los médicos especialistas al interior del ámbito hospitalario; lo anterior debido a que el grupo focalizado refirió de manera consensuada que la relación con sus tutores en diversas ocasiones presenta connotaciones negativas. Para ello el seguimiento que se sugiere debe generar un diagnóstico que permita identificar las debilidades actitudinales de los tutores para luego aportar las herramientas que permitan establecer una relación docente-alumno adecuada y constituir modelos positivos y apropiados que influyan en el proceso de aprendizaje de los internos. Cabe resaltar que esta sugerencia pretende prevenir un cambio actitudinal de los médicos internos, los cuales evidenciaron ser portadores de valores positivos en el establecimiento de su relación con los usuarios.

Teniendo en consideración que el grupo de médicos internos presenta una tendencia a evaluar de manera negativa la relación establecida con usuarios de estrato socioeconómicos y niveles educativos bajos, se recomienda implementar acciones tendientes a la reflexión de dichos procesos con el fin de vislumbrar en su etapa formativa

alternativas y estrategias que les permitan brindar una correcta atención a este sector poblacional, reconociendo las diferencias que presenta el proceso comunicativo y sus implicaciones en la interacción, así como las causas que subyacen a estos. Es importante que los médicos internos tomen en consideración que pueden tener estereotipos conscientes o inconscientes que influyen en sus comportamientos, así como en la forma de afrontar las relaciones interpersonales con este sector poblacional específico.

Finalmente, se invita a investigar la temática en nuestro contexto particular desde otros modelos y enfoques, que permitan ir construyendo de manera paulatina un conocimiento más estructurado y amplio con relación a la RMP.

REFERENCIAS

Acinas, M.P. (2007). *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario* (2ª ed.). Alcalá la real, Jaén: Lozano impresores.

Aránguiz C. & Saavedra C. (s.f). ¿Quién debe tener el control?: Toma de decisiones compartida. Recuperado el 14 de diciembre de 2010 de <http://www.uc.cl/medicina/medicinafamiliar/html/articulos/108.html>.

Baron, R & Byrne, D. (2005). *Psicología social*. (10ª ed.). Madrid, España: Pearson Educación. S.A.

Bascuñan, M. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Scielo Revista médica de Chile*, 133 (1) Recuperado el 13 de marzo de 2011 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000100002&script=sci_arttext

Beca, J., Browne, F., Valdebnito, C., Bataszew, A. & Martínez, J. (2006) Relación estudiante-enfermo: Visión del paciente. *Scielo Revista médica de Chile*, 134 (8) Recuperado el 24 de Abril de 2011 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0034-98872006000800002&script=sci_arttext

Bernal, L., (2005). La problemática actual en la relación médico-paciente: una visión reduccionista vs. Una visión integradora. *Respyn*. 6 (3) Recuperado el 18 de diciembre de 2010 de http://www.respyn.uanl.mx/vi/3/ensayos/actual_relacion_médico_a.htm

Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico - paciente. *Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa*, 1 (1) Recuperado el 13 de agosto de 2010 de: <http://revista.iered.org/v1n1/pdf/fbohorquez.pdf>

Bonilla, E. & Rodríguez, P. (1997). *Más allá del dilema de los métodos* (2ª Ed). Bogotá, Colombia: Editorial Norma.

Cancino, M. Fernández, R. Arbesú, M. El aprendizaje de estudiantes de medicina durante su internado en tres hospitales en Nayarit, México. *Scielo*, 25 (3) Recuperado el 30 de mayo de 2013 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v25n3/ems03311.pdf>.

Cárdenas T. & Carillo C. (2006). Boletín de información científica para el cuidado en enfermería. *Insp*. Recuperado el 23 de agosto de 2010 de http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/ICCE_04.pdf

Carpi, A. & Brea, A. (1997) La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la Teoría de Acción Planeada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción (R.E.M.E.)*, 4 (7) Recuperado el 04 de Noviembre de 2011 de: <http://reme.uji.es/articulos/abreva7191302101/texto.html>

Carrión, J. (s.f) Dato, información y conocimiento según Davenport y Prusak. *Gestiondelconocimiento*. Recuperado el 04 de Noviembre de 2011 de: http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_diferenciaentredato.htm

Cléries, X. (2006). *La comunicación: una competencia esencial para los profesionales de la salud*. Barcelona, España: Editorial MASSON, S.A.

Consuegra, N. (2004). *Diccionario de psicología*. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.

Couto, S. (2011). *Desarrollo de la relación entre inteligencia emocional y problemas de convivencia: Estudio clínico y experimental*. Madrid, España: Editorial Versión Libros.

Crespo, M & Salamanca, A (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nureinvestigación*, 27. Recuperado el 21 de agosto de 2010 de http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf

Dyrbye, L. Thomas, M. & Shanafelt, T. (2005). El impacto psicológico del estudiante de Medicina; stress, burnout, depresión. *Intramed*, Recuperado el 30 de mayo de 2013 de <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=77788>

Duhalde, C & Jadur, S (2005). Aspectos Emocionales y la relación médico-paciente en la consulta por infertilidad. *Revista.samer.org.ar*, 20 (2), 35-39. Recuperado el 15 de diciembre de 2010 de http://revista.samer.org.ar/numeros/samer2005/n2/7_aspectos_emocionales.pdf

Entralgo, L. (1983) *La relación médico – enfermo, historia y teoría*. Madrid, España: Alianza editorial.

Enz P. & Musso G. (s.f) Importancia del lenguaje no verbal en la consulta médica. *Hospitalitaliano*, 28(1). Recuperado el 23 de diciembre de 2010 de http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_attachs/47/documentos/7866_28-1-13-HI-bioetica-musso.pdf

Fernandez, M. (2006) Creencia y sentido en las ciencias sociales. Recuperado el 30 de Mayo de 2011, de <http://www.ciencias.org.ar/user/files/Fernandez.pdf>

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. (2^a Ed). Madrid, España: Ediciones Morata.

Fonseca, M. (2005). *Comunicación oral - fundamentos y práctica estratégica*. (2^a Ed). Mexico: Pearson Education.

Fonseca, S., Correa, A., Pineda, M., & Lemus F. (2011). *Comunicación oral y escrita*. (1^a ed.). Mexico: Pearson Educación

Franco, Z.R. (2003). *Desarrollo humano y de valores para la salud*. Manizales, Colombia: Editorial Universidad de Caldas.

Franzoi, S. (2007). *Psicología social*. (4ª ed.). México: Editorial Mc Graw Hill.

Gallimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. (Valdés, R.) Italia: siglo XXI Editores, s.a. de c.v. (trabajo original publicado en 1992)

Gimeno, J. & Pérez, A. (2002). *Comprender y transformar la enseñanza*. (5ª ed.). Madrid, España: Ediciones Morata.

Girón, M., Beviá, B., Medina, E. & Talero, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de alicante: un estudio con grupos focales. *Scielo Revista española de salud pública*, 76 (5) Recuperado el 15 de abril de 2011 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000500016&script=sci_arttext

Gispert, C., Gay, J., Vidal, J., Angelo, G., Clarós, M., Estopa, L., et al. (2006). *Diccionario de Medicina Océano Mosby*. España: Océano Grupo Editorial.

Gómez R. (2002). *El médico como persona en la relación médico paciente*. Madrid, España: Editorial Fundamentos.

González, R. (2004) *La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad*. La Habana, Cuba: Editorial Científico Técnico.

Gonzales, R. (2004). La etapa contemporánea de la relación médico paciente. *Revista cubana de salud pública*, 30 (2). Recuperado el 15 de diciembre de 2010 de http://www.worldcat.org/title/etapa-contemporanea-de-la-relacion-médico-paciente/ oclc/71187670&referer=brief_results

Gonzales, R., Pérez, J., Bonilla, J., Hernández, J. & Manzano, J. (1992) *Psicología- Un nuevo enfoque* (7ª Ed). Naucalpan de Juárez, México: Editorial Prentice Hall.

Gracia, D. (2000) *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá, Colombia: Editorial El Búho Ltda.

Gracia, T., Botella, M., Doménech, M., Lajeunesse, J., Martínez, L., Pallí, C., et al. (2004) *Introducción a la psicología social*. Barcelona, España: Editorial UOC.

Guevara, C., Henao, D. & Herrera, J. (2002) Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia médica*. 35 (4), Recuperado el 30 de mayo de 2011 de <http://simef.univalle.edu.co/colombiamed/Vol35No4/BODY/CM35N4A2.HTM>

Gutiérrez, L. (2007) El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención? *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 15 (3): 121-123. Recuperado el 22 de Mayo

del 2011, de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073a.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, L. (2003). *Metodología de la Investigación*. (3ª ed.). Mexico: McGrawHill.

Hernandez B., Suarez, E., Martínez, J. & Hess, S. (1997) Actitudes y creencias sobre el medio ambiente en la conducta ecológica responsable. Recuperado el 30 de Mayo de 2011 de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=752>

Hernández, T., Fernández, O., Irigoyena, A., Hernández, M. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, Vol.8 (2) 137-143. Tomado de <http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/medicinafamiliar/ImportanciadelaComunicacion.pdf>

Herrera, N. et al. (2010) Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revistas UNAL*. 12(3). Recuperado el 22 de Mayo de 2011, de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/viewFile/11090/23121>

Hospital Universitario Departamental de Nariño. *Coordinación universitaria: academia, investigación y revista médica del HUDN*. Recuperado el 30 de Mayo de 2011, de <http://www.hosdenar.gov.co/#>

Llano, A. (2001). *Qué es la bioética*. (1ª ed.). Bogotá, Colombia: 3R Editores Ltda.

López, H. (2001). *Investigación cualitativa y participativa*. Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia. Recuperado el 30 de Mayo de 2011 de http://eav.upb.edu.co/banco/files/INVESTIGACIONPSICOLOGIAYEDUCACIONAMBIENTAL_0.pdf

López, M. (2007) El dialogo en la enseñanza del proyecto grafico: simetría y complementariedad. Recuperado el 10 de diciembre de 2010 de <http://www.mi.sanu.ac.rs/vismath/BA2007/sym65.pdf>

Lugo, E. (s.f). La relación médico - paciente y sus elementos. *Aciprensa.com*, Recuperado el 23 de agosto del 2010 de <http://www.aciprensa.com/bioetica/segundoensayo.htm>

Mann, L. (2001). *Psicología social*. México: Limusa.

Martinez, J. (2007) Investigación para la creación - Los Grupos Focales de Discusión. Recuperado el 26 de Junio del 2011, de: <http://investigacionparalacreacion.espacioblog.com/post/2007/03/30/la-tecnica-grupos-focales-aen-consiste-como-se-aplica->

Medina, P. (2012) *Comunicar y curar un desafío para pacientes y profesionales sanitarios*. Barcelona, España: Editorial UOC

Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia (1981, 27 de febrero). *Ley 23 de 1981*. Recuperado el 25 de mayo de 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200023%20DE%201981.pdf>

Montserrat, P. (2002) ¿Qué es y cómo funciona el pensamiento? *Saludalia.com*, Recuperado el 30 de Mayo de 2011, de http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/vivir_sano/doc/psicologia/doc/doc_pensamiento.htm

Morales, F. (2007) *Temas prácticos en geriatría y gerontología*. (1ª ed.). Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Morales, J., Huici, C., Gómez, A., & Gaviria, E. (2008). *Método, teoría e investigación en psicología social*. España: PEARSON EDUCACIÓN, S.A.

Morales, J. Huici, C. Moya, M. Gaviria, E. López, M. & Nouvillas, E. (1999). *Psicología social*. Madrid, España: Editorial MacGraw Hill.

Morris, C. & Maisto, A. (2001). *Introducción a la psicología* (10ª Ed). México: PEARSON EDUCACIÓN, S.A.

Muñoz, E. & Salazar, A. (2001). *Actitudes hacia la sexualidad en la dimensión psicosocial de los estudiantes de la Universidad de Nariño*. Tesis de postgrado no publicada, Universidad de Nariño. Pasto, Colombia.

Myers, D. (2000) *Psicología Social, métodos* (6ª Ed). Santa Fe de Bogotá, D.C., Colombia: Editorial Mc Graw Hill.

Obando, M. Ortega, J., Velásquez, D. & Yaqueno, C. (2009) *Proyecto de práctica profesional unidad de psicología Hospital Universitario Departamental de Nariño e.s.e "trabajando en equipo hacia metas comunes"*. Manuscrito no publicado, Universidad de Nariño en Pasto, Colombia.

Orellana, C. Rojas, M. Silva, M. (2010, noviembre) influencia del modelo e imagen del médico durante la formación de pregrado en un grupo de estudiantes de medicina de la universidad de Antofagasta. *Scielo Chile*, 16 (2). Recuperado el 30 de mayo del 2013, de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2010000200013

Ortiz, M. (2007). Actitudes:¿Comportamiento o evaluación del mundo social? Recuperado el 10 de diciembre de <http://psicologiasocial-manuelortiz.blogspot.com/2007/04/actitudes-comportamiento-o-evaluacin.html>

Preduchni, G. et al. (1985). *Psicología social*. México: Cortayo.

Rengifo, H.(2009). Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*,20(2).

Recuperado el 30 de Mayo de 2011, de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/viewFile/2140/174>

Rodríguez, A. (1991). *Psicología social*. Bogotá: Trillas.

Rodríguez, G. (s.f). Modelos de la relación médico paciente reflejo de la deshumanización de la salud. *Ars Medica: Revista de estudios médico humanísticos*. 12(12). Recuperado el 23 de agosto de 2010 de <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica12/Modelos.html>

Rodríguez, S. (2006, octubre). La relación médico paciente. *Scielo Revista cubana de salud pública*, 32 (4). Recuperado el 31 de agosto del 2010, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-4662006000400007&script=sci_arttext

Sandoval, C. (2002). *Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social*. Bogotá, Colombia: ARFO Editores e Impresores Ltda.

Sgreccia, E. (1994). *Manual de Bioética*. México: Editorial Diana

Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. (1ª ed.). Colombia: Editorial Universidad de Antioquia

Trindade, P. (2000). *Diagnóstico y terapia biopsicosocial*. Bogotá, Colombia: Orión Editores LTDA.

Stahlberg, S., & Frey, D. (1991). *Introducción a la psicología social*. Barcelona, España: Ariel.

Urbano (2007). El enfoque etnometodológico en la investigación científica. *Revista de Psicología LIBERABIT*, 13, 89 -91.

Vidal, M. (2007). *Acerca de la buena comunicación en medicina*. *IntraMed*. Recuperado el 12 de diciembre de 2011, de: <http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/capitulos.htm>

Whittather, J. (1995) *La psicología social en el mundo de hoy*. (3ª ed.) Mexico: Trillas.

Zimmerman, M. (1998). *Psicología Ambiental y Calidad de Vida*. (2ª ed.). Bogotá: ECOE.

ANEXOS



Anexo 1

Formulario de consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

¿En qué consiste esta investigación?

El presente estudio pretende comprender las actitudes del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente durante su hospitalización, en los servicios de ortopedia, medicina interna y quirúrgica del Hospital Universitario Departamental de Nariño, para lo cual se aplicará observaciones, entrevistas semiestructuradas y grupo focal.

¿Quién es responsable de esta investigación?

Este proyecto es realizado por David Enrique Velásquez Chávez (300-330-64-69) egresado del programa de Psicología de la Universidad de Nariño, el cual bajo el asesoramiento de la Psicóloga Claudia Mercedes Calvache Cabrera, desarrolla el presente estudio como trabajo de grado y requisito para optar al título de profesional en Psicología.

¿Qué deben hacer las personas que participan en esta investigación?

Los participantes deberán estar presentes y responder a las preguntas incluidas en la entrevista semiestructurada y al momento de realizar el grupo focal.

¿Qué molestias o riesgos puede llegar a tener quien participe en la investigación?

La presente investigación NO representa riesgo significativo para el bienestar integral del médico interno, no tiene coste alguno la participación se hará con el permiso de las directivas del HUDN; sin embargo se puede llegar a presentar cansancio físico durante el desarrollo de la entrevista semiestructurada y grupo focal.

¿Qué pasa si alguien no quiere participar en la investigación?

NO influirá de ninguna manera, nadie tratará de manera diferente a la persona que no acepte participar, ni tendrá repercusiones en sus labores como médico interno, no habrá ningún tipo de penalización por parte de la Universidad de Nariño o del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

¿Qué beneficios se obtienen de esta investigación?

La presente investigación ofrecerá un aporte significativo al estudio de la relación entre médico interno y el paciente (RMP). Los participantes podrán llegar a tener una comprensión más detallada acerca de sus actitudes enfocadas a la relación establecida con sus pacientes hospitalizados.

¿Quién verá la información obtenida en la entrevista?

Las únicas personas autorizadas para ver la información presente en la entrevista semiestructurada son las que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta.

¿Qué se hará con la información recogida?

La información será recogida mediante grabaciones y se tendrá durante un periodo no mayor a cinco años, tiempo tras el cual será destruida, en el caso de que se requiera publicar la información se lo podrá hacer manteniendo el anonimato.

¿Para qué se firma este documento?

Se firma para poder participar en la investigación.



ANEXO 2

Guía de observación de los médicos internos

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

OBJETIVO

Describir las características que presentan la comunicación verbal y no verbal al momento de interactuar el médico interno y el paciente.

DESCRIPCIÓN

La observación se realiza en el momento de la valoración individual que hace el médico interno en la habitación del paciente de medicina interna, ortopedia o quirúrgicas del HUDN. Es de carácter no participante, puesto que a pesar de estar en el momento preciso de interacción entre el médico interno con su paciente, no se realiza intervención directa alguna. Para la recolección de la información se utiliza listas de chequeo de datos y registros fílmicos.

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	PARTICIPANTES NO DIRECTOS	ANOTACIONES



ANEXO 3

Formato entrevista semiestructurada

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Categoría	Pregunta
1. Inicio de la entrevista: - Percepción de la dinámica de rotación manejada en el HUDN	1.1 ¿Cómo es la rotación de médicos internos que maneja el HUDN?
	1.2 ¿Cuál considera es la función de la rotación?
	1.3 ¿Ha estado en los servicios de Ortopedia, Quirúrgicas y Medicina Interna?
	1.4 ¿Cómo ha sido su experiencia en los mencionados servicios?
	2) Valoración afectiva: - Sentimientos frente a su rol como médico – estudiante - Emociones en el contacto con el paciente
2.2 ¿Considera usted que las características de género, edad y estrato de un paciente modifican sus emociones?	
2.3 ¿Cómo se siente cuando tiene el primer contacto con un paciente?	
2.4 ¿Cómo se siente en los contactos posteriores con el paciente?	
2.5 ¿Qué tipo de decisiones debe tomar en el tratamiento que se da al paciente?	
2.6 ¿Cómo se siente ante la posibilidad de tomar decisiones?	
2.7 ¿Cómo se siente cuando debe comunicar un diagnóstico de una enfermedad que usted considera grave? ¿Podría describir una situación en particular?	
2.8 ¿Cómo se siente con sus diagnósticos realizados?	
2.9 ¿Cómo evalúan sus superiores los diagnósticos que usted realiza respecto de la sintomatología del paciente?	

	¿Cómo se siente con esa evaluación?
3) Creencias: - Valoración de características ideales de la RMP. - Evaluación de experiencias previas en la RMP.	3.1 ¿Qué opina de relacionarse con el paciente trascendiendo su sintomatología física?
	3.2 ¿Cómo considera debe ser la comunicación verbal y no verbal entre el médico y su paciente?
	3.3 ¿Podría relatar una de las experiencias con su paciente que mas recuerde?
	3.4 ¿Ha tenido alguna experiencia en la interacción con el paciente que le haya impactado negativamente? Descríbame cómo sucedió.
	3.5 ¿Cómo cree que enfermeros y médicos evalúan su forma de interactuar con los pacientes?
4) Conocimientos: Información de las características	4.1 ¿Cómo define la RMP?
	4.2 ¿Qué aspectos son relevantes en la RMP?
	4.3 ¿Qué importancia presenta la comunicación no verbal en la interacción con el paciente?
	4.4 ¿Qué aspectos tiene en cuenta en la comunicación entre médico y paciente?
5) Comportamientos - Comportamiento no verbal en el contacto con el paciente. - Comportamiento verbal en el contacto con el paciente.	5.1 ¿Al momento de interactuar con el paciente cómo es el contacto físico?
	5.2 ¿Al momento de interactuar con el paciente cómo es el contacto visual?
	5.3 ¿Con qué fin genera contacto físico con un paciente?
	5.4 ¿Podría describir las acciones que realiza al momento de realizar la revisión con el paciente?
	5.5 ¿Cómo reacciona cuando el paciente no comprende su explicación referente al tratamiento?
	5.6 ¿Qué caracteriza su comunicación verbal con el paciente, podría dar un ejemplo?

ANEXO 4**Matrices de Categorías Inductivas****Matriz categorías inductivas No. 1**

OBJETIVO ESPECIFICO: Examinar las creencias del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente durante su hospitalización.

CATEGORIA: Creencias

EJES CATEGORIALES	PREGUNTA ORIENTADORA	PROPOSICIONES AGRUPADAS	CATEGORIAS INDUCTIVAS
CREENCIAS DE LAS Y LOS MÉDICOS INTERNOS FRENTE AL CONTACTO CON EL PACIENTE	¿Cómo creen las y los médicos internos debe ser el contacto con los pacientes?	<p>Las y los médicos internos creen que el vínculo que se establece con el paciente es importante para el bienestar mutuo.</p> <p>Las y los médicos internos creen que deben interactuar con sus pacientes de forma prioritariamente racional, sobre todo en el manejo de las emociones negativas y en la toma de decisiones.</p> <p>Las y los médicos internos consideran que es importante no demostrar expresiones de tensión con sus pacientes puesto que pueden afectar negativamente el vínculo y el tratamiento.</p>	<p>IMPORTANCIA DEL VÍNCULO</p> <p>IMPORTANCIA DE LA RACIONALIDAD</p> <p>MANEJO DE LAS EMOCIONES NEGATIVAS</p>
ATRIBUCIONES DE LAS Y LOS MÉDICOS INTERNOS ACERCA DE ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA RELACIÓN	¿Qué circunstancias creen las y los médicos internos influyen en la relación con los pacientes?	Las y los médicos internos creen que la interacción con pacientes de estratos sociales muy bajos afecta negativamente su seguridad y la relación que establecen con ellos, de igual manera consideran que la interacción con pacientes de estratos muy	ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES

<p>ESTABLECIDA CON LOS PACIENTES</p>	<p>¿Qué creencias tienen las y los médicos internos respecto a los valores dentro de la RMP?</p>	<p>altos dificulta la relación, dado que existe una alta exigencia y demanda por parte de ellos.</p> <p>Las y los médicos internos creen que establecer un contacto con pacientes estables física y psicológicamente permite mantener una interacción mas fluida y por lo tanto fortalecer el vínculo.</p> <p>Las y los médicos internos creen que interactuar con pacientes que se encuentren hospitalizados por periodos prolongados, como sucede en el servicio de medicina interna, favorece un mayor número de encuentros y un vínculo afectivo mas fuerte.</p> <p>Las y los médicos internos creen que les falta tiempo para atender las diversas tareas que tienen en el hospital, debido a ello consideran que no pueden establecer un contacto prolongado con sus pacientes y por ende el vínculo se ve afectado negativamente.</p> <p>Las y los médicos internos creen que la RMP al interior del HUDN se ve afectada negativamente por la falta de una comunicación clara y sencilla de los médicos especialistas con sus pacientes.</p> <p>Las y los médicos internos consideran como valores centrales en la interacción con sus pacientes al respeto y la empatía, los cuales permiten favorecer la confianza en el vínculo.</p> <p>Las y los médicos internos reconocen que es necesario mantener constantemente informados a sus pacientes de todo el proceso médico que circula</p>	<p>ESTABILIDAD FÍSICA Y PSICOLÓGICA DEL PACIENTE</p> <p>TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES</p> <p>FALTA DE TIEMPO</p> <p>ESCASA COMUNICACIÓN CLARA Y SENCILLA DE LOS ESPECIALISTAS CON SUS PACIENTES</p> <p>RESPECTO Y EMPATÍA</p> <p>VERACIDAD</p>
<p>CREENCIAS DE LAS Y LOS MÉDICOS INTERNOS ACERCA DE VALORES DENTRO DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE</p>			

		<p>su caso con información verídica.</p> <p>Las y los médicos internos consideran que dentro de su profesión son responsables de la salud de sus pacientes, de igual manera añaden la responsabilidad que tienen frente al hospital en el que se desempeñan como internos.</p> <p>Las y los médicos internos consideran fundamental manejar la información del caso del paciente con privacidad y confidencialidad, lo cual favorece el vínculo de confianza.</p>	<p>RESPONSABILIDAD</p> <p>PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD</p>
--	--	---	---

Matriz categorías inductivas No. 2

OBJETIVO ESPECIFICO: Develar los conocimientos del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente durante su hospitalización.

CATEGORIA: Conocimientos

EJES CATEGORIALES	PREGUNTA ORIENTADORA	PROPOSICIONES AGRUPADAS	CATEGORIAS INDUCTIVAS
<p>CONOCIMIENTOS DE LAS Y LOS MÉDICOS INTERNOS ACERCA DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LA RMP</p>	<p>¿Qué conocimientos tienen las y los médicos internos respecto a la comunicación no verbal utilizada en la RMP?</p>	<p>Las y los médicos saben que el contacto visual con un paciente debe estar presente desde el saludo y prolongarse a lo largo de la conversación, lo cual permite demostrar respeto e interés por el paciente.</p> <p>Las y los médicos internos reconocen que las expresiones del rostro y la entonación de las palabras utilizadas al momento de interactuar con los pacientes no deben denotar tensión, agresividad o desinterés puesto que puede afectar negativamente el vínculo y disminuir la confianza.</p>	<p>CONTACTO VISUAL CONSTANTE</p> <p>EXPRESIONES DE TENSIÓN</p>

<p>CONOCIMIENTOS DE LAS Y LOS MÉDICOS INTERNO ACERCA DE LA COMUNICACIÓN VERBAL EN LA RMP</p>	<p>¿Qué conocimientos tienen las y los médicos internos respecto a la comunicación verbal utilizada en la RMP?</p>	<p>Las y los médicos internos conocen la importante de estar atento a expresiones faciales del paciente, debido a que éstas pueden denotar estados de ánimo mentales que afectan negativamente su salud física.</p> <p>Las y los médicos internos reconocen que es necesario interactuar con los pacientes utilizando una comunicación verbal clara y sencilla en base a su nivel educativo.</p> <p>Las y los médicos internos saben que iniciar el contacto con el paciente mediante una pregunta que interroge el estado general (no sólo lo físico) de éste permite expresar empatía y mejorar el vínculo.</p> <p>Las y los médicos internos saben es importante ser cuidadosos con la información que brindan a sus pacientes y a sus superiores, debido a que pueden generar malos entendidos e inclusive complicaciones legales.</p>	<p>IMPORTANCIA DE PERCIBIR EXPRESIONES DEL PACIENTE</p> <p>COMUNICACIÓN CLARA Y SENCILLA</p> <p>EVALUACIÓN ESTADO GENERAL DEL PACIENTE</p> <p>COMUNICACIÓN VERBAL PRECAVIDA Y CUIDADOSA</p>
---	--	--	---

Matriz categorías inductivas No.3

OBJETIVO ESPECIFICO: Examinar la valoración afectiva del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente durante su hospitalización.

CATEGORIA: Valoración afectiva

EJES CATEGORIALES	PREGUNTA ORIENTADORA	PROPOSICIONES AGRUPADAS	CATEGORIAS INDUCTIVAS
<p>VALORACIÓN AFECTIVA DE LAS Y LOS MÉDICOS EN LA INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES</p>	<p>¿Qué sentimientos suscita la atención de consultantes en las y los médicos internos?</p>	<p>La atención de consultantes genera en las y los médicos internos un sentimiento de compromiso basado en la responsabilidad que implica la vida y confianza del paciente.</p> <p>Atender pacientes genera en las y los médicos internos empatía, la cual es movilizada por sus historias de vida.</p> <p>Las y los médicos internos experimentan nerviosismo en el primer contacto con los pacientes asociado a la incertidumbre frente a la situación del paciente.</p> <p>Las y los médicos internos a medida que experimentan mas casos en donde mueren sus pacientes se van volviendo mas indiferentes frente al fenómeno mismo de la muerte.</p>	<p>COMPROMISO</p> <p>EMPATÍA Y TRISTEZA</p> <p>NERVIOSISMO</p> <p>INDIFERENCIA FRENTE A LA MUERTE</p>
<p>CONDICIONES DE LOS PACIENTES QUE INFLUYEN EN LAS EMOCIONES DE LAS Y LOS MÉDICOS INTERNOS</p>	<p>¿Cuáles condiciones de los pacientes influyen en las emociones de las y los médicos internos?</p>	<p>En las emociones de las y los médicos internos influyen características personales de los pacientes como la edad, la cual puede generar empatía en el caso de adultos mayores.</p> <p>En las y los médicos internos se movilizan emociones de rechazo asociado a la interacción con</p>	<p>EDAD DE LOS PACIENTES</p> <p>ESTADO DE ÁNIMO DE LOS PACIENTES</p>

<p>CONDICIONES DEL ENTORNO HOSPITALARIO QUE INFLUYEN EN LAS EMOCIONES DE LAS Y LOS MÉDICOS INTERNOS</p>	<p>¿Cuáles circunstancias del entorno hospitalario influyen en las emociones de las y los médicos internos?</p>	<p>pacientes agresivos y amenazantes, de igual manera el interactuar con pacientes gratos les genera bienestar.</p> <p>En las y los médicos internos se movilizan emociones de miedo y nerviosismo asociado a la interacción con pacientes de niveles educativos bajos, de igual manera el interactuar con pacientes con altos niveles educativos favorece emociones de incomodidad puesto que en diversas ocasiones se presentan como usuarios exigentes y complicados.</p> <p>Los pacientes que ingresan con patologías severas que implican riesgo para su vida, movilizan en las y los médicos internos emociones de angustia y ansiedad.</p> <p>En las emociones de las y los médicos internos influye la retroalimentación negativa realizada por sus superiores, usualmente médicos especialistas, lo cual genera insatisfacción.</p> <p>Las emociones de las y los médicos internos se ven movilizadas por la toma de decisiones sobre todo en los servicios de urgencias y neonatos en los cuales se presenta inseguridad debido a que en diferentes momentos deben tomar decisiones sin el acompañamiento permanente de un superior.</p> <p>En diversas ocasiones las emociones de las y los médicos internos se ven afectadas por el deber de comunicar malas noticias para los pacientes, lo cual genera ansiedad al momento de comunicar la noticia.</p>	<p>NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES</p> <p>PATOLOGÍA O CUADRO CLÍNICO DEL PACIENTE</p> <p>RETROALIMENTACIÓN NEGATIVA DE LOS SUPERIORES</p> <p>TOMA DE DECISIONES</p> <p>DEBER DE INFORMAR MALAS NOTICIAS</p>
--	---	---	---

		En las emociones de las y los médicos internos influye la manera como los funcionarios manejan la información del paciente en los diferentes servicios, la cual si es organizada, permite a las y los médicos internos resolver las dudas de los pacientes y sentirse mas a gusto en su interacción con ellos.	MANEJO DE LA INFORMACIÓN EN LOS SERVICIOS
--	--	--	--

Matriz categorías inductivas No.4

OBJETIVO ESPECIFICO: Develar los patrones conductuales del médico interno respecto a la relación que establece con el paciente durante su hospitalización.

CATEGORIA: Patrones conductuales

EJES CATEGORIALES	PREGUNTA ORIENTADORA	PROPOSICIONES AGRUPADAS	CATEGORIAS INDUCTIVAS
CARACTERÍSTICAS DEL CONTACTO FÍSICO ENTRE MÉDICOS INTERNOS Y PACIENTES	¿Cómo es el contacto físico de las y los médicos internos con los pacientes?	El contacto físico que establecen las y los médicos internos con sus pacientes es principalmente de carácter valorativo de las zonas afectadas del paciente.	CONTACTO VALORATIVO FÍSICO
		Las y los médicos internos establecen un contacto físico con los pacientes, al momento de la valoración, de carácter cuidadoso.	CONTACTO CUIDADOSO FÍSICO
		Las y los médicos internos en general establecen un contacto físico que favorece la expresión de afecto por el paciente	CONTACTO FRATERNAL FÍSICO