

Relación médico-paciente en el primer nivel de salud pública municipal " por
María Carlota Segonds

Se distribuye bajo una licencia Creative Commons - Atribución - No
comercial - Sin obra derivada - 4.0 Internacional.



Universidad de Palermo

Doctorado

Tesis

Director: Dr. José Eduardo Moreno

**Relación Médico – Paciente en el Primer Nivel de
Salud Pública Municipal**

Lic. María Carlota Segonds

2010

DEDICATORIA

A mis hijos y mi marido.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos.

A la Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria y su residencia, cuya creación hizo que desarrollara el tema de la relación médico paciente en el ámbito público.

A la Dra. Martina Casullo y al Dr. Roberto Raimondo.

A la Secretaría de Salud Municipal, por haberme permitido llevar a cabo la investigación.

A todos los médicos y pacientes que aceptaron colaborar con este trabajo.

A los amigos que ayudaron en este largo proceso.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo estudiar la Empatía, Flexibilidad Yoica y Valores Interpersonales de médicos del primer nivel de atención en salud pública, importantes componentes de la relación médico paciente. Estos influyen en el grado de satisfacción de los usuarios con la atención profesional recibida.

Por cada médico (n=53), se encuestaron 10 pacientes que los consultaron (n=530).

El diseño fue no experimental, transversal, correlacional.

Con los médicos se utilizaron las escalas validadas de Empatía y Flexibilidad de Reuven Bar-On y la Escala de Valores Interpersonales de Gordon. Con los pacientes se utilizó un breve cuestionario cuantitativo.

Todos los médicos, resultaron ser más empáticos que flexibles, el valor más destacado fue Independencia (M=3,43), seguido de Benevolencia (M=3,23).

Los pacientes mostraron un alto grado de satisfacción (86,2%).

Los pacientes valoran altamente la actitud empática demostrada por el profesional en el primer nivel de atención de salud pública municipal.

PALABRAS CLAVE: Relación-médico-paciente; Empatía, Flexibilidad Yoica y Valores Interpersonales; satisfacción de los pacientes.

SUMMARY

The primary objective of the investigation was to study Empathy, Ego Flexibility and the Interpersonal doctor's Values from the first level of health care services, important components in the patient-physician relationship that impacts the satisfaction level of the health care system users with the professional practice given.

For each doctor (n=53) there were 10 patients appointments (n=530),

The research design was no experimental, transversal and correlated.

We used validated scales of Empathy and Flexibility of Reuven Bar-On and the Gordon scale for Interpersonal Values when we worked with doctors. With the patients we used a short quantitative questionnaire.

All doctors result to be more empathic than flexible, the personal value that highlight from the rest was independence (M=3.43), follow by benevolence (M=3.23).

The patients showed a high degree of satisfaction (86, 2%)

The empathic attitude from the professional is the most valued trait of the first level health care.

KEYWORDS: Patient-physician relationship; Empathy, Ego Flexibility and Interpersonal Values; patients satisfaction.

	Página
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	4
SUMMARY.....	5
INDICE I.....	6
INDICE II.....	9

INDICE I: TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCION

1.1 Problema de investigación.....	10
1.2 Importancia del estudio.....	11
1.3 Problemas y limitaciones.....	12
1.4 Hipótesis.....	13

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES: ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

(APS).....	14
2.2 Niveles y red de atención en el servicio de salud.....	16

2.3 FORMACIÓN DE MÉDICOS EN RESIDENCIAS PÚBLICAS:

Origen y evolución de las residencias médicas.	21
2.4. La formación de residentes médicos municipales	24
2.5 Valores profesionales del médico de familia.....	28

2.6 DEFINICIONES, CARACTERÍSTICAS Y ENFOQUES DE LA ENTREVISTA CLÍNICA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE (RMP)

2.6.1 La entrevista en medicina.....	34
2.6.2 La entrevista clínica y las habilidades comunicacionales.....	35
2.6.3 La relación médico paciente (RMP).....	36
2.6.4 Lo social y lo psicológico en la evaluación del paciente.....	43
2.6.4 Modelos básicos de la Relación Médico-Paciente.....	45

2.7 LA EMPATIA.....50

2.7.1 La empatía en la entrevista clínica como facilitadora de la RMP.....	54
--	----

2.8 FLEXIBILIDAD YOICA.....57

2.9 VALORES INTERPERSONALES.....58

2.10 SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.....62

3. MÉTODO.....65

3.1 Diseño muestral y tamaño de las muestras	65
--	----

3.2 Contexto y diseño de la investigación.....	66
--	----

3.3 Instrumentos de recolección de datos.....	67
---	----

3.4 Procedimientos.....	69
-------------------------	----

3.5 Recolección de datos.....	72
3.6 Análisis de los datos.	72
4. RESULTADOS	
4.1 Características demográficas de la muestra de médicos.....	74
4.2 Análisis de los resultados de las escalas de empatía, flexibilidad yoica y valores interpersonales.....	74
4.3 Características socio-demográficas de la muestra de pacientes.....	79
4.3.1 Nivel educacional alcanzado por los pacientes.....	80
4.4 Análisis de resultados de la encuesta a pacientes.....	81
4.5 Satisfacción de los pacientes.....	84
5. CONCLUSIONES.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	95
ANEXO A: Escalas y Cuestionarios aplicados.....	113
ANEXO B: Tablas estadísticas.....	117
ANEXO C: Currículum Vitae abreviado.....	169

INDICE II: TABLAS Y GRÁFICOS

Gráficos

Gráfico 1: Empatía y Flexibilidad yoica según rango de edad.....	68
--	----

Gráfico 2: Puntajes medios de valores interpersonales de los médicos.....	69
Gráfico 3: Pacientes por nivel educacional alcanzado según sexo y edad.....	74

Tablas

Tabla 1: Tres modelos básicos de relación médico paciente.....	46
Tabla 2: Puntaje otorgado a las respuestas del cuestionario de pacientes.....	70
Tabla 3: Grados y puntajes de satisfacción con la atención médica.....	70
Tabla 4: Diferencias entre valores interpersonales y edad de los médicos.....	79
Tabla 5: Distribución según sexo y grupo de edad.....	80
Tabla 6: Nivel educacional alcanzado por los pacientes encuestados.....	80
Tabla 7: Grado de satisfacción del paciente con la atención médica.....	84
Tabla 8: Sexo de los pacientes y satisfacción con la atención médica.....	85
Tabla 9: Edad de los pacientes y satisfacción con la atención médica.....	86
Tabla 10: Nivel de educación de los pacientes y satisfacción.....	87
Tabla 11: Especialidad de los médicos y satisfacción de los pacientes.....	88

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Problema de investigación

La investigación se propuso estudiar Valores Interpersonales y el grado de Empatía y Flexibilidad Yoica de los médicos del primer nivel de atención en salud pública municipal y la relación entre estos aspectos y la satisfacción de los pacientes atendidos por ellos.

Se relevaron conceptos teóricos e investigaciones consideradas importantes para la comprensión de la Empatía, Flexibilidad Yoica y Valores Interpersonales como vehículos de la relación interpersonal médico- paciente, entendidas como elementos críticos en la práctica médica y en la satisfacción obtenida por parte del paciente. Se realizaron las siguientes preguntas:

- ¿Se puede determinar que existen diferencias en los Valores Interpersonales y el grado de Empatía y Flexibilidad Yoica entre los médicos pediatras, clínicos, ginecólogos, de familia y/o generalistas, del primer nivel de atención de salud pública municipal?
- ¿Hay correlación entre estas dimensiones de análisis y la satisfacción del paciente?

El **objetivo general** era lograr una aproximación de los Valores Interpersonales, el grado de Empatía y Flexibilidad Yoica de los médicos del primer nivel de atención pública municipal, en general y por especialidad; en el período comprendido entre Octubre del 2007 a Diciembre del 2008 y; estimar la satisfacción percibida de los pacientes por ellos atendidos al finalizar la consulta.

Objetivos específicos:

- Evaluar el perfil de Valores Interpersonales, el grado de Empatía y Flexibilidad Yoica de los médicos del primer nivel de atención en salud pública municipal en general y por especialidad.
- Evaluar la correlación entre Valores Interpersonales, grado de Empatía y Flexibilidad Yoica de los médicos de unidades sanitarias de los médicos del primer nivel de atención de salud pública municipal.
- Evaluar la influencia de los Valores Interpersonales, grado de Empatía y Flexibilidad Yoica de los médicos del primer nivel de atención pública municipal, en la opinión del consultante después de su entrevista.

1.2 Importancia del estudio

Es inherente al tema en sí, a la importancia fundamental que adquiere la Relación Médico Paciente en el arte de curar. En el plano local, los resultados obtenidos constituirían una aproximación exploratoria al tema de la Relación Médico- Paciente satisfactoria en el área de la salud pública y, específicamente, en el primer nivel de atención. Las dimensiones estudiadas analizan algunos aspectos de parte del recurso humano que ejecuta la política sanitaria municipal a nivel de la microgestión.

Se conoce si la opinión de los usuarios respecto al funcionamiento del primer nivel de atención local, puede relacionarse con la concepción ideal e integral de salud planteada como un *derecho* en la reunión de Alma-Ata. La misma propuso una amplia meta, sin ser objeto de esta investigación su cumplimiento, pero interesa su influencia en la planificación de los sistemas locales de salud ya que la satisfacción y la calidad se entrelazan.

La investigación proporciona conocimientos acerca del grado Empatía, Flexibilidad Yoica y Valores Interpersonales de los médicos encuestados en una realidad cambiante, que exige adaptaciones constantes tanto para quienes ejercen la profesión desde hace un tiempo como para los que deciden hacer su formación como médicos residentes en medicina familiar y comunitaria del primer nivel de atención. En ese sentido, estos resultados, son circunscriptos y relevantes al área en la que se desarrolló la investigación en cuanto a la posibilidad de enriquecer el entrenamiento que mejore la Relación Médico-Paciente. Fomenta el análisis de las condiciones laborales y su influencia en la práctica profesional, en relación al estudio de la satisfacción con la atención médica en el primer nivel de atención de salud pública municipal; teniendo en cuenta que esta satisfacción es un fenómeno complejo determinado tanto por variables objetivas como subjetivas.

1.3 Problemas y limitaciones

Se encuestó a la mayoría de los médicos pediatras, clínicos, de familia o generalistas y ginecólogos del primer nivel de atención municipal, estimados en principio en 50 personas que accedieran voluntariamente a participar. El número de profesionales de las especialidades requeridas que se encontraba trabajando durante ese período, era de 57 personas. Durante el transcurso de la investigación se observó que su número era mayor, en distintas condiciones laborales (becarios, temporarios y efectivos). Las limitaciones estuvieron vinculadas, en primer término, al número relativamente reducido de profesionales por especialidad, que integraban este universo particular en el plano local estudiado. Por otro lado, la investigación fue percibida por algunos de los médicos como de mucha exposición en aspectos privados de su práctica, lo que se tradujo en algunos casos

en la negativa a ser entrevistados. Otra dificultad fue el acceso a un número proporcionado de pacientes por médico y especialidades. Teniendo en cuenta que los usuarios del primer nivel de atención iban en función de un problema que no podían resolver por sí mismos o en su entorno inmediato, se buscó que el cuestionario a aplicarles fuera lo más breve posible para no incrementar las molestias que, en sí mismas, ya habían generado la necesidad de consultar. Indudablemente, esto puede acarrear pérdida de valiosa información o generar otros interrogantes que en principio no se hubieran contemplado, pero también permite potenciar nuevas investigaciones que profundicen estas perspectivas.

1.4 Hipótesis

Se formularon tres hipótesis. La primera se refirió a los aspectos indagados de la práctica médica: Empatía, Flexibilidad Yoica y Valores Interpersonales y la especialidad, y sus variaciones según el sexo y la edad.

La segunda se refirió a las características de los pacientes estudiados como sexo, edad y nivel educacional y su relación con las percepciones sobre la atención de los médicos.

La tercera a las relaciones entre las dimensiones estudiadas en los médicos, Empatía, Flexibilidad Yoica y Valores Interpersonales, y la satisfacción de los pacientes, suponiéndose que a mayor Empatía y Flexibilidad del profesional, habría mayor satisfacción.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES: ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

La Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, antigua URSS, en 1978, convocó a 134 países y 67 organizaciones internacionales. Fue de suma importancia el proceso de desarrollo conceptual acerca de la salud “[...] como estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad (Declaración de Alma-Ata, 1978)”, que resaltó su nivel de derecho humano fundamental y el deber del pueblo a participar individual y colectivamente, siendo clave la **Atención Primaria de Salud** para alcanzar la meta de *Salud para Todos para el 2000* (Mahler, 1981).

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. [...] Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un *proceso permanente de asistencia sanitaria*.

(Declaración de Alma-Ata, 1978)

Pasados los años, Tejada de Rivero (2003) observa la mala interpretación de los tres términos, ya que en vez de **atención**, la original versión en inglés fue **cuidado** (care), de mayor connotación y amplitud¹. La atención es vertical, asimétrica y no participativa socialmente a diferencia del cuidado, que denota relaciones horizontales, intersectoriales, simétricas y participativas.

Lo **primario** es referido a lo prioritario y no a una atención de bajo costo para pobres en áreas periféricas.

El término **salud** alude a una realidad social compleja, enmarcado en un proceso social y político de mayor complejidad aún, que implica decisiones sectoriales y del Estado.

Contradictoriamente, las personas siguen siendo objeto de atención médica reparativa orientada a enfermedades a pesar de haber quedado claro la responsabilidad y el deber de todos de cuidar activamente la salud individual y colectiva. La salud y la enfermedad como conceptos internos de cada cultura, se encuentra vinculada a factores políticos y sociales que pautan las relaciones humanas, dan forma al comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva (Salud y cultura, 2008).

En la *nueva salud pública* (Asthon, 1988) se reconocen importantes no sólo el aspecto biológico sino también el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención de la salud (Lalonde, 1974).

¹ En este sentido, es importante recordar que *traducir*, además de expresar en una lengua lo que antes se había expresado en otra, tiene en latín el sentido de *traicionar*, el traductor sería siempre un traidor (Jasiner & Woronowski, 1996).

El sistema de salud como parte integrante del sistema social es resultado y a la vez condicionante del entorno histórico, cultural, social, técnico y político (Bunge, 1985; Paganini, 2000).

Un sistema es un conjunto de elementos relacionados entre sí que tienen un objetivo común, cuya combinación forma un todo y la suma total de las acciones de ese sistema es mucho más grande que si lo hicieran cada uno por separado, se suman las potencialidades, por lo que se podría decir que el sistema de salud son todas las acciones que hace la sociedad para mantener sanos a sus integrantes. El sistema de salud no actúa solo, el sistema tiene mucho que ver con las pautas culturales, con los hábitos y estilos de vida de la gente, con las obras públicas. Por ejemplo, el exceso de velocidad o no acatar las normas de tránsito, aumentan la posibilidad de ocurrencia de un accidentes grave, que tendrá que ver con las formas de conducir pero también con la seguridad del auto, las rutas, el sistema vial, la educación y la violencia social. El término *sistema de salud* abarca a todos los actores y recursos vinculados con el financiamiento, la regulación y la prestación de servicios de salud (Puentes Rosas, Gómez Dantés & Garrido Latorre, 2006).

Adoptar la consigna de la salud como *derecho* es asumir su inherencia a la política pública, ya que habitualmente es el Estado quien tiene un rol fundamental en la organización de los servicios de salud.

2.2 Niveles y red de atención en el servicio de salud

Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (1986) la clasificación por niveles de atención es una concepción técnica y administrativa basada en cómo debe ser el contacto con el sistema de salud y la circulación de las personas en el mismo. En esencia, sería la siguiente:

Primer nivel de atención: comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias. Es la *puerta de entrada* al sistema de salud.

Saforcada (2003) refiere que la Atención Primaria de la Salud (APS), en el sentido de la vinculación con la comunidad, alude al primer al primer nivel de atención. Es el lugar en el que habitualmente se intenta responder a la pregunta sobre si la atención acá debe estar en manos de especialistas o médicos de familia y/o generalistas. Su importancia reside en que quién cumpla esta función en ese nivel, debería ser personal altamente calificado, ya que define la salida o el camino de los usuarios dentro del sistema sanitario. El saber popular dice que *la salud no tiene precio...pero la medicina es carísima* y la orientación inadecuada es un costo adicional que pesará sobre el servicio público.

Para Bertolote (1992), la experiencia internacional confirma que un equipo primario puede resolver entre un 80 % y el 90% de la demanda de atención de salud de la población a cargo, incluyendo la salud mental. El equipo primario es el personal en contacto directo con una población geográficamente delimitada que este autor establece en un número máximo de 10.000 personas. Para Arango (1992), el equipo primario que se encuentra a nivel de los centros de salud, se compone mayoritariamente por: médico general, licenciado/a en enfermería, auxiliares de enfermería y otro personal paramédico acorde al tamaño y la localización del Centro. Pueden existir otros *paramédicos*, nombrando al Trabajador Social y al

Psicólogo, asignándoles un rango no universitario. Para Sydney y Emily Kart (1994), el equipo necesario para la Atención Primaria Orientada a la Comunidad consta de médicos generales o de familia, enfermeras y asistentes sociales. Una visión más actualizada e inherente a la conformación del trabajo en equipo en salud es dada por Sznadjer (2006) al resaltar no tanto los integrantes sino la combinación de las capacidades de estos. Profesionales formados en medicina, odontología, obstetricia, enfermería, psicología, trabajo social, antropología, de formación heterogénea ante problemas comunes a todas las disciplinas y abocados a su resolución práctica mediante conceptos teóricos e instrumentos en y con los que han sido formados.

En nuestro país, a través de criterios sanitarios y del devenir histórico, también se incluyen en este nivel a los consultorios externos hospitalarios (Bertolote, 1992; Programa Médicos Comunitarios, 2005).

Segundo nivel de atención: instituciones de salud o cuidados especializados básicos.

Tercer nivel de atención: cuidados especializados propiamente dichos, equipamiento de alta complejidad para su atención, salas de internación, cirugía general y especialidades quirúrgicas específicas, infraestructura para estudios complementarios que requieren de tecnología especial; unidad de terapia intensiva.

Para Souza Campos (2006), el *modelo* de atención en salud se define como un concepto que establece intermediaciones entre el político y el técnico. Los modelos sintetizarían las directrices de la política sanitaria con el saber técnico. La gestión concreta un proyecto particular de atención de la salud que traduce, o debería

traducir, los principios éticos, políticos, jurídicos, organizacionales, clínicos y socio-culturales que la sostienen.

En la provincia de Buenos Aires, la política sanitaria ha sido diseñada de manera tal que sean las municipalidades quienes se hagan cargo del primer nivel de atención, siendo de jurisdicción provincial el segundo y tercer nivel. En Bahía Blanca, la municipalidad tiene a su cargo los tres niveles y hay, además del Municipal, un Hospital Interzonal de Agudos provincial.

La Secretaría de Salud de la Municipalidad brinda atención en 50 Unidades Sanitarias, dispuestas en 8 áreas programáticas que cuentan con médico de familia, generalista y/o clínico, pediatra, ginecólogo/a, enfermera/s, psicólogo, trabajador social y odontólogo. La investigación se centró en este primer nivel de atención.

El deterioro económico (Kliksberg, 2005) incrementó la cantidad de usuarios de servicios públicos de salud, mermando las posibilidades de respuesta a la demanda y focalizando la política sanitaria local en la búsqueda de alternativas y proyectos que puedan responder adecuadamente a las necesidades de la población, no solamente desde una óptica asistencialista sino también desde la prevención y promoción de la salud.

Gran número de estudios epidemiológicos o clínicos muestran que entre el 10 y el 50 % de los pacientes que acuden a los servicios de atención primaria y padecen enfermedades psiquiátricas/psicológicas relevantes no son diagnosticadas por el médico (Vázquez- Barquero, 1998). En ocasiones, son los miembros de la familia los que sienten la obligación de buscar ayuda (Schufer de Paikin, 1981, 1982).

Según Durante (2000) se ha estimado que el 54% de los síntomas y el 45% de las preocupaciones que los pacientes tienen, no son reveladas al médico por falta de estímulo para hacerlo. La formación profesional debe considerar estos aspectos ya que los procesos diagnósticos difieren según el grado de entrenamiento (Raimondo, 1980, 1981). Otro objetivo es no patologizar situaciones de la vida cotidiana, como los problemas relacionados con el *Ciclo Vital* (Eia Asen & Tomson, 1997), ni medicalizar problemas corrientes que pueden ser tomados a cargo a nivel familiar, por ejemplo, el tratamiento inicial de la diarrea o la gripe (Grodos & Betuna, 1998).

“Medicalizar permanentemente la demanda puede producir respuestas psicosomáticas o aumentar este u otros sufrimientos preexistentes. El médico y su particular práctica es así un elemento que interviene, paradójicamente, en la producción de la patología que atiende (Pelisch, Armus, Ricaurte, Ferrer, Berner, Onaindia, Pereyra. & López Casariego, 1998, p.742).”

A la función médica, se agrega la social, descritas por Testa (1997). La primera es resultado de su formación académica, conocida a través de las actividades relacionadas a la curación de los enfermos, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, lo que se conoce como su trabajo concreto. La función social también es resultado de la práctica cotidiana, pero la cumple sin saberlo y sin formación previa para su realización, desempeña el papel inconciente de controlador social, asumiendo la posición de juez que dictamina quién está sano o enfermo y si puede o no trabajar.

2.3 FORMACIÓN DE MÉDICOS EN RESIDENCIAS PÚBLICAS:

ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

El sistema de residencia en medicina remonta sus orígenes al año 1889, con William Stewart Halsted, creador de la residencia de cirugía en el Hospital Hopkins de Baltimore. El sistema consistía en dedicación exclusiva, programa educacional con dedicación progresiva de responsabilidades médicas, capacitación en servicio y evaluación permanente de los actos médicos de progresiva complejidad. En la Argentina, se crea la primera Residencia de Medicina en 1945 en el Instituto de Semiología del Hospital de Clínicas, dirigido por el Profesor Tiburcio Padilla. La idea era formar un médico que tenga una meta superior, con vocación de servicio, actitud preventiva y sentido social, junto al ejercicio pleno y equilibrado de los valores sustantivos del hombre como la libertad y la justicia (Aguilar, 1995).

Actualmente, funcionan programas de residencia en distintos hospitales de la provincia de Buenos Aires y del país, públicas y privadas.

En el sector privado, se funda el servicio de Medicina Familiar del CEMIC (CEMIC, 2009) en 1986 bajo la dirección del Dr. Sergio Solmesky como primer jefe de Servicio hasta 1998. Este servicio fue el primero de la especialidad en el país, como así también, el primero en desarrollar el programa de residencia de Posgrado de la especialidad. Desde 1983, el Programa de Medicina Familiar ya estaba bajo la dirección del Dr. Julio Ceitlin, llamado uno de los padres de la medicina familiar en la Argentina (Cattivera y Ciapponi, 2007).

También dentro del sector privado, el Hospital Italiano de Buenos Aires comienza a formar médicos de familia en el año 1989.

En el sector público, la residencia de medicina general (Programa de Residencia de Medicina General Integral, 1988) se inicia masivamente en la Provincia de Buenos Aires en 1984, sin perfil de egresado, con un programa ambiguo, trabajo exclusivamente intrahospitalario, duración de dos años y concepción complementaria de las carencias de pregrado. Al año siguiente, por iniciativa de los propios residentes se comienza a trabajar en terreno, tomando en consideración las necesidades de la población. En 1986 se inicia el año con un segundo programa en vigencia que contempla un tercer año a cumplir en las unidades sanitarias. En la década del 88-89 fue mayor el desarrollo del perfil en el ámbito estatal aunque no fueron contempladas en las plantas municipales ni provinciales los nombramientos de especialistas en medicina general, siendo nombrados en su mayoría como clínicos o pediatras. Las excepciones se dieron en las localidades donde las residencias se hicieron fuertes y tuvieron mayor desarrollo y reconocimiento.

En Bahía Blanca, la formación de médicos generales comenzó realizándose en su mayor parte dentro del Hospital Interzonal General de Agudos. Este hospital es de grandes dimensiones y alta complejidad. Es la única maternidad pública de la ciudad.

La medicina familiar se origina en la medicina general, estando ambas en estrecha relación con la Atención Primaria de la Salud. Para Rubinstein (2006) es la especialidad efectora de la APS ya que el propósito y la unidad funcional de los cuidados es la familia y no el individuo. La medicina general/ medicina de familia como disciplina

académica y científica posee contenidos pedagógicos, de investigación, evidencia fundamentada y actividad clínica propios.

Según la definición europea de la Academia de Profesores de Medicina General, que forma parte de la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Generales de Médicos de Familia (WONCA, 2005), algunas de las características que la definen son:

- La medicina general/ medicina de familia es generalmente, el primer punto de contacto con el sistema de atención ocupándose de todos los problemas de salud, sin distinción de sexo, edad, centrándose en la persona y orientándose hacia el individuo, su familia y su comunidad.
- El seguimiento del paciente es longitudinal, la Relación Médico Paciente se caracteriza por una comunicación efectiva, determinada por las necesidades del paciente.
- Tiene un proceso específico de toma de decisiones determinado por el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad.
- Simultáneamente trata problemas médicos agudos y crónicos en los pacientes.
- Al tratar enfermedades que se presentan de forma indiferenciada en la fase inicial de su desarrollo, se realizan intervenciones con urgencia. Un médico de familia/médico general puede responder hasta un 80-90% de las consultas. Quiénes consultan en el primer nivel de atención, presentan generalmente cuadros clínicos indiferenciados hasta en un 60 % de los casos. Al ser el primer contacto con el sistema de salud, los problemas se ven en estadios incipientes, pudiendo diferir de los referidos en los libros de medicina, generalmente escritos

por médicos del ámbito hospitalario. Esto requiere de una formación y actualización continúa por parte de los profesionales.

- Se ocupa de las dimensiones físicas, psíquicas, sociales y culturales de los problemas de salud.
- Tiene una responsabilidad específica en la salud de la comunidad, promoviendo la salud y el bienestar.

Al contar con alto margen de resolución de los problemas que se presentan en el primer nivel de atención, el médico de familia o médico general define cómo, cuándo y a quién enviarlo si requiere hacer uso de los otros niveles de la Atención Primaria. Con esta visión el experto/especialista es un consultor dispuesto como asesor en casos difíciles o casos que requieren cuidados con aparatología especial o de tercer nivel.

2.4 La formación de residentes médicos municipales

En el sistema de residencias municipal de la ciudad de Bahía Blanca, los programas de residencia son variables según la especialidad, teniendo que cumplir con ciertos postulados básicos para ser aprobados y acreditados por el Comité de Docencia del Hospital Municipal, con dedicación exclusiva, duración del programa de tres años, con opción a uno más por Jefatura de Residentes, evaluación y supervisión permanente del residente. La función principal del residente es la de aprender conocimientos, adquirir habilidades y destrezas, desarrollando actitudes.

La creación de la residencia de medicina familiar y comunitaria en 1999, fue un hecho inédito en la ciudad, ya que se implementó en el primer nivel de atención, en contacto

directo con una población determinada, junto con la puesta en marcha de un Seguro de Salud Municipal para quienes carecieran de cobertura social.

La residencia cuenta con 10 años de funcionamiento en una localidad portuaria ubicada a pocos kilómetros de Bahía Blanca. En esta comunidad, el pelado de camarones es fuente de ingreso en muchos hogares, siendo esta la actividad principal durante años. La disminución de la cantidad y calidad de la pesca artesanal, atribuible a varios factores, ha impactado fuertemente en la economía del lugar, generando graves conflictos

Según consta en el Libro de Actas (1998) de la Unidad de Medicina Familiar, la ubicación en ese Centro de Salud, fundado el 25 de Mayo de 1961, correspondió a la implementación piloto del mencionado Seguro de Salud municipal que implicaba conocer a la población para poder planificar las intervenciones. Se trataba de un sistema gerenciado de cápita por individuo que requería para su funcionamiento la formación en Atención Primaria de Médicos de Familia, lo cual se haría por dos vías. Por un lado, la formación a través de la residencia y por el otro, la reconversión de médicos clínicos y pediatras a médicos de familia.

La Unidad de Medicina Familiar y Salud Comunitaria, por ese entonces, sería una unidad asistencial y docente que intentaría cubrir los distintos aspectos de la medicina familiar y monitorear la experiencia piloto del Centro de Salud. El área de funcionamiento del Centro de Salud contaba con las características apropiadas para esta experiencia ya que no poseía las condiciones de ruralidad de otros lugares que se analizaron como posibles, siendo la localidad de mayor importancia después de Bahía Blanca, 10.486 habitantes (INDEC, 2001). Cambios político-sociales han desarticulado actualmente este proyecto.

Desde el año 2005, comenzó a funcionar también en este Centro de Salud, la residencia de Psicología Social y Comunitaria. Ambas comparten no sólo espacios físicos, sino también formativos y actividades comunitarias, además de los específicos de cada disciplina. La Unidad de Medicina Familiar se convirtió en el año 2007 en Departamento de Salud Familiar, con Jefatura propia y dependencia del Jefe de Área Programática, área que cuenta con otras dos unidades sanitarias y una enfermera responsable en cada una. Tanto los residentes como los demás profesionales: dos clínicos, dos pediatras, un ginecólogo, un trabajador social; realizan actividades asistenciales, de investigación y comunitarias en los tres lugares. La mayoría de los profesionales que no se encuentran en formación en la residencia, son referentes para la población. Los residentes durante sus tres años, suelen establecer vínculos significativos con la comunidad y muchos son recordados más allá del tiempo que duró su formación, como parte de actividades que los involucraron: charlas educativas, informativas, cursos de promotores de salud, festejos del día del niño, primavera o eventos culturales. A partir del año 2008, una reunión de área mensual convoca a todo el personal, promoviendo una mayor integración del Departamento con todo el equipo. Se socializaron proyectos comunitarios como nominalización, que implica la puesta en marcha de una gestión de salud diferente en las otras dos unidades sanitarias. En las tres se realizan reuniones con la comunidad con diferentes estrategias pero con la misma modalidad de acción-participación y generalmente fuera del horario de trabajo. En virtud de las acepciones que adquiere el término *comunidad* actualmente, que van desde la clásica delimitación geográfica hasta la utilización del término para los integrantes de telefonía celular o redes virtuales, aquí se utiliza el término *comunidad* asociado al concepto de pertenencia a un territorio determinado “basado en la vecindad y en las relaciones personales (Tonon, 2009, p.16)”.

Los habitantes tienen un fuerte sentido de referencia al *hospitalito*, como lo denominan, ya que cuenta con un laboratorio de análisis químicos, rayos y un lugar en donde se provee a los pacientes incluidos en distintos programas de los medicamentos pertinentes. Así como al Centro de Salud se le llama *hospitalito*, a este lugar se le llama *farmacia* y los consultantes circulan por las tres unidades sanitarias porque saben que en alguna serán atendidos. Contiguo y comunicado al *hospitalito*, funciona una guardia de baja complejidad las 24 horas, que depende del servicio de emergencias 911, con médico y enfermera propios, y una de las cuatro ambulancias que el servicio 911 tiene para toda la ciudad. Esto suele ser fuente de reclamo por parte de la comunidad, ya que durante años se tuvo ambulancia propia, donada en otra gestión política, que caducó a los diez años de funcionamiento, tiempo máximo estipulado por la ley para su circulación, independientemente de sus condiciones mecánicas o de equipamiento.

A esto se suma que se realizaron partos hasta el año 1983 inclusive. Desde esa época hasta ahora, tampoco era difícil encontrar profesionales para cubrir las guardias y muchísimos de ellos han pasado por el lugar desde entonces. Actualmente, es complicado encontrar profesionales que acepten cubrir las 24 horas del 911, convirtiéndose el tema en fuente de innumerables quejas y reclamos. Cabe aclarar, que aún cuando hubo médico de guardia y ambulancia exclusiva, el servicio prestado era el prioritario y luego, de requerirlo la situación, se derivaba a los hospitales de mayor complejidad. En algunas situaciones, la ambulancia era utilizada para compensar la falta de movilidad de algún usuario con carencias económicas.

No obstante haber líneas de colectivos, taxis y remises, o no es mucha la frecuencia o no se dispone del dinero necesario para su utilización, habiéndose agravado la situación de desocupación y pobreza o trabajo precarizado. Mientras las prestaciones médicas

otorgadas durante el 2007 bajaron en todas las áreas; en el área estudiada subieron de 30.369 en el 2007 a 30.889 durante el 2008 (Subdirección de Epidemiología, 2009).

La residencia, en sus inicios, recibió mucha ayuda de parte de la Unidad de Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires. Dicha ayuda fue de fundamental importancia para la puesta en marcha del proyecto. Pero, por tratarse de un ámbito privado y una asistencia pre-paga también surgieron dificultades ya que las realidades eran diferentes al igual que la población atendida en lo referente a recursos económicos. Si bien el modelo de Atención Primaria de la Salud, como estrategia, es desarrollado en ámbitos privados y públicos, se buscaron otros modelos que pudieran ayudar y que pertenecieran al ámbito de la salud pública. Se encontraron similitudes con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC).

El programa de la especialidad en medicina familiar y comunitaria (2002) aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo Español, otorga suma importancia a los valores profesionales y el perfil profesional del médico de familia, valores que se incorporaron a la formación de los residentes municipales por considerarlos compartidos.

2.5 Valores profesionales del médico de familia

Para la SEMFyC (2008) los médicos tienen valores que definen sus compromisos profesionales, siendo imprescindible para la adecuada actividad profesional, el aprendizaje y la interiorización de estos valores.

El médico participa de los valores derivados de la profesión médica con algunos matices derivados de su perfil profesional específico. La ética médica desde el juramento

Hipocrático se funda en principios como la confidencialidad y la probidad intentando garantizar valores morales de la práctica (Delague & Junot 2003).

Los valores del Médico de Familia se agrupan en seis compromisos: con las personas, con la sociedad en general, con la mejora continua de su trabajo, con la propia especialidad, con la formación y con la ética.

1. Compromiso con las personas: el ciudadano es el protagonista de la atención y todas las acciones están dirigidas a la mejora y mantenimiento de la salud. La autonomía del paciente es tanto un deber ético como un objetivo de salud con el fin de que aprendan a autocuidarse más que a necesitar del médico. El interés por el paciente no se centra en el síntoma sino en todo lo que refiere con su salud, su existencia y su calidad de vida ya que la persona es un conjunto indivisible y cualquiera de sus partes o vivencias influye en su salud. Conscientes de que cada persona es única e irrepetible, su atención es personalizada.

2. Compromiso social: al ser la puerta de entrada al sistema de salud, el médico de familia tiene un alto grado de responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios. El uso inadecuado de un recurso sanitario, ya sea una prueba complementaria, un fármaco o una consulta en otro nivel de atención, no sólo puede ser iatrogénico para el paciente sino también un gasto innecesario que puede privar al conjunto de la población de otros recursos. Al trabajar en el primer nivel de atención, su compromiso es asegurar una atención rápida a quienes lo precisen fomentando la *accesibilidad*. Conoce la influencia que los médicos tienen sobre la salud y que la salud viene determinada más por factores sociales y económicos que por el propio sistema sanitario, por lo tanto, detecta y colabora en la mejora de las condiciones de vida de la población a la que atiende.

3. Compromiso con la mejora continua: al tomar sus decisiones sobre la base de evidencias científicas actualizadas, necesita mantener actualizados sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, por lo que se compromete a formarse de manera continua y reconoce el valor del equipo en que trabaja para poder hacerlo.

4. Compromiso con la propia especialidad: al disfrutar de su trabajo cotidiano, aunque su rol puede ser muy apreciado socialmente pero menos reconocido que el de otros especialistas, valora como mérito ejercer como médico de familia durante años. Consciente de que necesita saber muchas cosas y que su trabajo se desarrolla continuamente en la incertidumbre, no considera estos hechos como limitaciones sino que los valora como cualidades propias de su especialidad.

5. Compromiso con la formación: el médico de familia aprecia la formación de nuevos residentes, convencido de que su especialidad puede mejorar mucho más, transmitiéndoles cuanto sabe, incluidos estos valores. Como tutor de nuevos profesionales, los ayuda a aprender ya que en el proceso de enseñar él mismo también aprende. El residente, Médico de Familia en formación, es responsable de su propio proceso de aprendizaje por lo que acepta las limitaciones de su tutor, apreciando la capacidad para estimularlo en el aprendizaje. Ambos saben y valoran que el proceso de enseñar –aprender es bidireccional: una adecuada colaboración provocará que ambos aprendan y enseñen al mismo tiempo (Bleger, 1975).

6. Compromiso ético: basado fundamentalmente en el respeto a la autonomía del paciente y a su intimidad, limitado sólo por el principio de justicia social -el bien de los demás-. El dominio de la ética es definido por Misrahi (1997) como la búsqueda de principios para la existencia y la acción, implica una evaluación del juicio sobre el valor de los actos tanto en el contenido como en la intención. Se antepone el principio de no-

maleficencia al de beneficencia del paciente (Barbero, Romero, Gijón & Júdez 2001; Sans Ortiz 2002; Costa Alcaraz & Almendro Padilla, 2006).

El Médico de Familia se caracteriza por una atención integral del paciente en su contexto, basado en competencias que caracterizan su perfil. La competencia profesional excede el conocimiento teórico y la capacidad de resolver problemas con soluciones claras y precisas (Schön 1998), definiéndose por la capacidad para manejar problemas ambiguos, tolerar la incertidumbre y manejar y tomar decisiones con limitada información. Se consideran competencias esenciales la comunicación, el razonamiento clínico, gestión y bioética.

El médico de familia es fundamentalmente un buen clínico que atiende a la globalidad, al conjunto de la persona y su familia en una comunidad determinada, a lo largo de toda la vida

Cuando se desarrolla la relación médico-paciente, ésta va más allá de una consulta aislada. Esta continuidad en el cuidado es lo que intenta fortalecer el modelo de medicina familiar.

Así, el médico puede entender mejor qué es lo que le pasa al paciente, y éste confía más en él. La riqueza de esto supera el aspecto médico. Actualmente la medicina soluciona aspectos cada vez más complicados que requieren de alta tecnología y ultra especialización, con el peligro de reducir los sujetos a objetos. Por esto, para el cuidado de la salud a largo plazo, el médico de cabecera, que conoce la historia de sus pacientes, puede esclarecer las dudas y organizar la información en un contexto significativo para ellos, acompañándolos durante estos procesos diagnósticos.

Al atender a la familia la incorpora como un sistema y utiliza la entrevista familiar como una herramienta más, ya que la familia tiene gran importancia en cómo y de qué enferman sus miembros. Debe conocer el genograma, ciclo vital de la familia, la transición de las etapas, y los acontecimientos vitales estresantes para estimar su repercusión en el motivo de consulta. También debe conocer los recursos familiares, la red social y el apoyo social que tienen las personas y sus familias ya que pueden ser de utilidad en determinadas situaciones. Para ello, es necesario que desarrolle la capacidad de identificar las disfunciones familiares, los problemas psicosociales, adquiriendo habilidades para el asesoramiento, la intervención y mediación familiares.

El médico de familia tiene que aprender a usar un sistema de vigilancia epidemiológica para conocer y controlar los aspectos del medio ambiente y sus repercusiones en la salud, cooperando con las organizaciones comunitarias y otras instituciones que influyan en un mejoramiento de la salud de la comunidad que atiende.

El médico de familia debe ser un profesional en continuo proceso de formación y estar preparado para ejercer de docente de otros profesionales que trabajen en Atención Primaria. Debe contar con herramientas de metodología que le permitan evaluar la calidad y la importancia para su práctica de los resultados de investigación publicados en revistas científicas, desarrollando el hábito de lectura crítica de los trabajos de investigación. Tiene que adquirir los conocimientos básicos para desarrollar una investigación destinada a responder preguntas e hipótesis procedentes de su trabajo. Para ello, en su formación como residentes hacen un diseño anualmente, desarrollando y promoviendo la puesta en práctica de un proyecto de investigación en todas sus etapas. La formación de posgrado adquiere así, una importancia fundamental para la adquisición y potenciación de conocimientos, habilidades y destrezas.

El análisis de la situación de salud de la comunidad mediante la investigación, sirve para movilizar a la comunidad en la solución de estos problemas junto al equipo de salud.

2.6 DEFINICIONES, CARACTERÍSTICAS Y ENFOQUES DE LA ENTREVISTA CLÍNICA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

2.6.1 La entrevista en medicina

“Decía también Marañon que el instrumento que más progresos había conquistado para la Medicina era la silla, pues nada reemplaza el valor técnico de saber hablar y escuchar aún en la Era Informática”

Fernando Lolas Stepke (en Vidal y Benito, 2002, p.7)

En la entrevista se formaliza un encuentro entre dos personas con objetivos o fines determinados, tiempo, lugar y roles establecidos.

Se define una entrevista como *médica* por su carácter asistencial, consistente en recibir y responder a las necesidades de una persona preocupada por su salud (Ferrari, 1996).

La entrevista médica ha sido, es y seguirá siendo el primero y obligado paso del conocimiento de la enfermedad y del paciente (Blanco Aspiazu, Moreno Rodríguez & Suárez Rivero, 2003). Esta entrevista particular enmarca una relación emocional que recrea en su interior condiciones de intimidad, de diversos matices acordes a la especialidad y variando en el tiempo en que se mantiene el proceso. No es lo mismo una primera entrevista que las subsiguientes. Por lo general, la primera requiere de mayor tiempo para tener una visión integral del paciente y de su contexto. Las subsiguientes podrán realizarse en menor tiempo, de acuerdo al motivo de consulta y a las personas que el profesional considere necesario citar para una mejor adherencia al tratamiento o mejorar la calidad de vida del paciente si este así lo manifestara.

Para que la relación entre ambos sea adecuada, requiere fundamentalmente de la adaptación del médico a la consulta y al consultante del primer nivel de atención. La dificultad para conseguir este objetivo ha dado lugar a la descripción del síndrome de **hipocompetencia clínica** (Cuevas Urióstegui, Aura-Martínez, Ouver-Márquez, Sumano-Catalan Palomares-Hernández & Garduño- Espinosa, 1991), el cual describe algunos problemas relacionados con la relación médico-paciente.

2.6.2 La entrevista clínica y las habilidades comunicacionales

Numerosos escritos (Prados Castillejo, Ruiz Moral et al, 2000; Vidal y Benito, 2002) resaltan la importancia de la comunicación en la consulta y su repercusión en multitud de variables incluyendo la salud, a pesar de lo cual, no es notoria la práctica de los principios de la comunicación (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1981) efectiva en la mayoría de los médicos. La poderosa posibilidad de la comunicación permite expresar los momentos cruciales que dan sentido a la vida (López Quintás, 1987). La comunicación humana es un tema central en la calidad de la atención médica, aumentando la posibilidad de conflictos si la misma es deficiente en la Relación Médico Paciente (Polaino Lorente, 1997). La tarea no consiste sólo en diagnosticar y tratar la enfermedad, sino en comunicárselo al afectado en forma apropiada. Muchas personas saben que tienen derecho a conocer qué exámenes o procedimientos se les realizan y cuál es el riesgo que corren. Consultan con información que han leído en revistas, en internet o que han visto en televisión, y quieren respuestas a sus dudas. Un profesional no se define sólo por sus conocimientos, sino también por saber cuándo y cómo decir las cosas, de modo de no provocar innecesaria confusión o angustia.

El contenido y la metodología de los médicos que influyen en el comportamiento comunicativo de la formación de médicos son cuestionables, existiendo temas como la relación entre las ideas y opiniones de los médicos y práctica real que no han sido suficientemente abordados (Loayssa Lara, 2004).

Es conocida la importancia de una adecuada relación médico-paciente en la recuperación de los enfermos (Glass, 1996; Morgan, 1986; Wasserman, 1983). En el médico, este aprendizaje es, generalmente, intuitivo, basado en la experiencia más que en la adquisición de destrezas (Neufeld & Norman, 1985).

2.6.3 La Relación Médico-Paciente (RMP)

La Relación Médico- Paciente se caracteriza por ser una relación asimétrica que comienza con la demanda de un sujeto que sufre hacia otro al que adjudica un saber acerca de su padecimiento. Dice Pedro Laín Entralgo (1961): “Llamamos Medicina al arte de ayudar a la curación de un hombre enfermo” (p.13). Distingue 5 momentos en la estructura de esta relación (Laín Entralgo, 1983):

I. Fundamento de la relación médica: dado por el vínculo establecido en principio entre el enfermo y el médico al encontrarse según sus móviles. El primero presenta una enfermedad-necesidad ante quien está formado para dar asistencia-solución al problema. La llamada *asistencia*, del latín *ad-sistere* significa detenerse uno junto al otro, y denomina a la ayuda prestada por el médico.

II. Momento cognoscitivo de la relación médica: denomina al proceso que dará lugar al diagnóstico, caracterizado por una relación cuasi-diádica. Llama dúo o vinculación

objetivante a la relación con otro para tratar asuntos que interesan a los dos pero están fuera de ellos, por ejemplo: negocios en común; y diada o vinculación interpersonal a la relación con otro para algo que está en los dos. El diagnóstico médico es el resultado de una conjunción entre la mente del médico y la realidad del enfermo.

III. Momento operativo de la relación: el conocimiento diagnóstico se ordena para llevar a cabo los actos propios del tratamiento de la dolencia. Destaca que en la relación con el enfermo, el médico ejercita todo el tiempo la actividad terapéutica, ya antes del saludo y que esta actividad no concluye tampoco con la despedida.

IV. Momento afectivo de la relación médica: es un momento que se da simultáneamente a todos los otros. Esta transferencia o vinculación afectiva une a dos personas en diferentes situaciones vitales: uno enfermo y otro- médico- que coopera en su restablecimiento hacia la salud.

V. El momento ético-religioso de la relación médica: los actos humanos son constitutivamente morales. La relación médica en su inicio y terminación muestra su condición moral, el ser médico implica hallarse habitual y profesionalmente dispuesto a una acción que promueva la ayuda y rechace el abandono.

La estructura de la relación clínica también ha sido ilustrada con metáforas tales como *parental*, de *camaradería*, *contractual*, de *amistad*, *técnica* (Childress & Siegler, 1984) y con modelos, como el *paternalista*, el *informativo*, el *interpretativo* o el *deliberativo* (Emanuel & Emanuel, 1992; 1999), que se desarrollarán posteriormente.

La Relación Médico Paciente es una relación paradójica, cuyo objeto es el cuerpo manifestado a través de la palabra, palabra que puede convertirse en fuente de incompreensión y malos entendidos (Wolkenstein, Consolis, Roujeau & Grob, 2002).

El cuerpo de la medicina y el cuerpo tal cual es vivido por el sujeto responde a dos modelos de aprehensión diferentes, dos lógicas a veces incompatibles. El primero se desprende de un proceso constante de objetivación, ligado al crecimiento excepcional de conocimientos y técnicas médicas, la segunda manifiesta la subjetividad en la vivencia de la enfermedad, resaltando la noción del propio cuerpo y la intersubjetividad. Esta objetivación produce efectos en la subjetividad de los enfermos y los médicos, y en consecuencia en la intersubjetividad inherente a la relación terapéutica. Balint (1961) describe la función apostólica constituida por los fenómenos que expresan la personalidad del médico, la expresión de sus actitudes respecto a sus pacientes. Para él, “[...] la relación médico- paciente es siempre e invariablemente el resultado de un compromiso entre las ofertas y exigencias del paciente y las respuestas del profesional (p.63)”.

El cuerpo enfermo es un cuerpo separado del cuerpo vivido, extraño a él, convirtiéndose en propiedad del médico, alimentando el sentimiento de expropiación sobre todo si es necesaria la internación. No son raros los casos en que las intervenciones médicas esquematizadas y el lenguaje técnico, se convierten en palabras del médico que no representan nada para el enfermo o despiertan los peores de los pensamientos en relación a un destino fatal, vocabulario que inhibe la comunicación interpersonal y la posibilidad de una adecuada relación entre el paciente y el médico (Leroy, Caron & Beaune, 2006).

En los medios de comunicación, la espectacularidad es un valor importante, muchas veces la difusión científica genera falsas expectativas. Ante los avances vistos en

programas de televisión, a veces se genera una demanda de estudios o intervenciones que aumentarían la ineficiencia del servicio ofrecido en función de su inadecuación al lugar de emplazamiento o el costo de mantenimiento inherente. Se requiere por parte de los médicos explicaciones adicionales en una negativa fundamentada que evite estudios innecesarios, o el uso del cuerpo en el lugar de la palabra.

Esto remite a la idea de participación activa en la relación médico paciente, como una acción que se ejerce mutuamente, referida a un proceso que ocurre entre dos agentes, más que como acción de un sujeto sobre otro.

Cuando la relación es armoniosa permite un diagnóstico eficaz que mejora la calidad de vida a través de una buena adherencia terapéutica. Presupone un contexto que la configura y está sujeta a la ocurrencia de triangulaciones. El triángulo es la unidad mínima de observación al intentar comprender las relaciones interpersonales. A nuestros fines, interesan las triangulaciones específicamente de relación médico-enfermedad-paciente, o médico-familia-paciente o médico-institución-paciente.

Esta relación ha sido estudiada desde diferentes perspectivas tales como el psicoanálisis, la psicología social y las teorías de la comunicación.

Desde el psicoanálisis las nociones de transferencia y contratransferencia (Freud, 1910, 1915; Ferraris, Luchina & Luchina, 1971; Laplanche y Pontalis, 1971; Lo Bianco & Merle, 2006) designan los movimientos afectivos del médico en relación a aquello del paciente que se relaciona con su historia familiar y personal. La transferencia se sitúa del lado del paciente, como repetición de las modalidades relacionales vividas en la infancia y que imponen cierto estilo de relación del enfermo con su médico. La contratransferencia son reacciones emocionales del médico hacia el paciente, así como los sentimientos muchas veces de frustración por no poder resolver el problema de salud, que puede devenir en conductas agresivas con la intención evidente de acortar el

encuentro. Otra posible complicación que surge de ahondar en cuestiones psicológicas por parte de los médicos, radica no tanto en la insuficiente preparación técnica sino en la naturaleza semejante que pueden presentar estos problemas que, inevitablemente remiten a cuestiones personales, revelando ideas y deseos de lo que debe hacerse en determinadas situaciones (Balint, 1961).

Desde el modelo psicodinámico, los mecanismos de defensa (Di Segni, 1995), son una respuesta a la angustia que resulta de los conflictos mentales, siendo la psicopatología una expresión de los conflictos mentales que transcurren en vínculos intra e interpersonales. Las situaciones estresantes ante el dolor y las limitaciones físicas, hacen que el ser humano tienda naturalmente a reaccionar con cierto grado de *regresión*, una vuelta a modos de sentir, pensar y hacer propios de fases infantiles del desarrollo. La enfermedad como estado desconocido, puede potenciar esta regresión generando la necesidad en el consultante de ser tranquilizado y acompañado por el médico al estilo de un niño con la madre. Cuando el médico no es sensible a estos aspectos se puede afectar el trato con sus pacientes. El profesional puede asumir una actitud reprensiva y autoritaria a través de la cual intenta, a su vez, lidiar con sus propios sentimientos y ansiedades ante el riesgo de fracaso (Soar Filho, 1998).

Al decir de Canguilhem (1966) es necesario admitir que el enfermo es más que un terreno en donde la enfermedad se enraíza, más que un sujeto gramatical calificado por un atributo artificial de la nosología del momento. El enfermo es un sujeto capaz de expresión que se reconoce como tal en lo que al consultar son sus posesiones: el dolor y la representación que de él se hace, su angustia, sus esperanzas y sus sueños (Canguilhem, 1968).

El trabajo psicoanalítico y los recientes descubrimientos neurobiológicos son presentados por Guilé (2007) desde una perspectiva integral. Para él, los trastornos narcisistas y de conducta, externalizados durante la infancia y la adolescencia, se relacionan con un retraso en el control ejecutivo de la empatía. Estas anomalías neurocognitivas se arraigan en perturbaciones precoces de las relaciones intersubjetivas del joven con su entorno. El mantenimiento de estas perturbaciones y la externalización de estos trastornos se relacionarán con las condiciones del medio ambiente. Desde hace tiempo, la clínica nos ha familiarizado con la proximidad entre el déficit de empatía y las conductas antisociales, particularmente la clínica del narcisismo descrita en el adulto por Otto Kernberg (1975) o en los niños y adolescentes (Kernberg, 1989).

Desde otra perspectiva, se resalta la importancia de la inteligencia emocional en las relaciones interpersonales.

En 1980 Reuven Bar-On utiliza por primera vez la abreviatura EQ para referirse a aspectos relacionados con el ámbito de las habilidades. En 1990, Peter Salovey y John Mayer conceptualizan lo que describen en principio como la *inteligencia emocional*, idea desarrollada por David Goleman (1995). Para Benatuil (Castro Solano, Benatuil, Lupano Perugini, y Nader, 2007), el constructo inteligencia emocional se hace popular a partir de este momento aunque hubo distintos intentos de conectar lo emocional y lo cognitivo a lo largo de la historia.

Mayer y Salovey (1993) describen la inteligencia emocional como la forma de inteligencia social que implica la capacidad de supervisarse a uno mismo, sus sentimientos y emociones, para diferenciar entre ellos y utilizar esta información para conducir el pensamiento y la acción.

Este modelo conceptual está relacionado con un constructo originalmente descrito por Thorndike en 1920: la inteligencia social (Bar-On & Parker, 2000). El concepto de inteligencia social proporciona un camino para comprender la personalidad individual y la conducta social, siendo su tesis central que la gente utiliza un pensamiento reflexivo y actúa de acuerdo a su medio social, persiguiendo resultados que consideran importante en algunos aspectos de su vida (Zirkel, 2000).

La inteligencia interpersonal forma parte del modelo de inteligencias múltiples de Howard Gardner (1995), modelo que propugna que no existe una única inteligencia sino una multiplicidad.

La inteligencia interpersonal se basa en el desarrollo de dos grandes tipos de capacidades, la empatía y la capacidad de manejar las relaciones interpersonales (Gordon 1976, 1977).

Para Goleman (1995), la empatía es construida sobre la conciencia de uno mismo; el reconocimiento de las emociones propias mejora la habilidad para interpretar sentimientos.

La educación terapéutica implica una comunicación efectiva, que no se reduce a informar bien, ser conciso, comprensible y verificar que el mensaje haya sido entendido, sino que también pasa por tolerar que un paciente exprese sus creencias, inquietudes y dudas, responder preguntas para las que la mayoría de las veces no hay un respuesta certera, o repetir explicaciones ya dadas las veces que sean requeridas (Rousselet, 2008).

La creencia puede ser interpretada como una aceptación con matiz emotivo de lo que puede enunciarse como un juicio lógico y es así ofrecida cuando se discute. Para Klein “la creencia no se discute. Se discuten pensamientos, ideas. La creencia ¿con qué

discutirla? ¿Con qué lógica? (Klein, 2009; p.24)”. Suponemos que en el consultante la creencia es más débil que la convicción por lo que admite la duda, en ese momento el fundamento de la creencia puede no ser ni enteramente intelectual ni emotivo, pudiendo coincidir hechos y evidencias con prejuicios y sentimientos. Resaltamos el concepto de *herencia social o cultura*, tomados como sinónimos, como “ese todo complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, leyes, costumbres y toda capacidad y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad (English & Oñativia, 1951; p.103)”.

El proyecto de salud, sobre todo en enfermedades crónicas, debería hacer que el paciente tome conciencia, motivarlo a involucrarse en el mismo promoviendo cambios más saludables en el estilo de vida (Berdoz, Conus & Daeppen, 2005).

2.6.4 Lo social y lo psicológico en la evaluación del paciente

Escuchar lo que dice el consultante en relación a sus síntomas y como son vividos por su entorno afectivo y/o social es un aspecto fundamental de la Relación Médico-Paciente. Disponer del tiempo físico y psíquico para mantener una escucha activa en relación a la consulta constituye uno de los problemas más frecuentes en el primer nivel de atención de la salud. El tiempo físico suele estar controlado a veces de manera informal o poco sistemática ya que se cita a todos los pacientes a la misma hora y deben esperar su turno por orden de llegada, variando el tiempo de atención. Para los residentes de medicina familiar y comunitaria del primer nivel de atención de Bahía Blanca, el tiempo estimado de atención por paciente es de 20 minutos. En Estados Unidos la media por paciente es de 15 minutos y en el Reino Unido entre 8-9 minutos, mientras que en España, los médicos de familia reclaman 10 minutos por paciente

(Bellón, 2007). La falta de tiempo en la atención es considerada uno de los factores que causan mayor ansiedad en los médicos de atención primaria (Gómez Esteban, 2000), necesitando un mínimo de 8 minutos para sentirse satisfecho.

El tiempo psíquico tiene que ver con la disposición a escuchar lo que el paciente tiene para decir al exponer su problema. La actividad profesional se desarrolla en situaciones de trabajo determinadas por las relaciones que éste establece con su contexto. Quiénes tratan con personas, como médicos y docentes, encabezan la lista de ocupaciones con mayor estrés laboral (Lipko & Dumeynieu, 2004; Tonon, 2003).

Según el estudio de Beckman y Frankel (1984), el 54 % de las interrupciones por parte del médico ocurren una vez expresado el primer concepto, el 15% luego del segundo y el 14% luego del tercero, llegando a interrumpirse en un 12% antes de la expresión de concepto alguno.

Una evaluación integral de la salud del paciente debería contemplar la interacción del mismo en su contexto social y cultural. Para Morales Calatayud (1999), la comprensión de los fenómenos sociales en los cuales nos vemos inmersos es de suma importancia en la evaluación apropiada del papel de la subjetividad y el comportamiento en la causalidad de los enfermos.

Es inevitable la tendencia a somatizar cuando algunas circunstancias internas o externas sobrepasan los modos psicológicos habituales de resistencia (McDougall, 1989). La dificultad en la elaboración de las situaciones de sufrimiento puede incrementar la vulnerabilidad somática como defensa ante el dolor psíquico por lo que todo síntoma es, en ese sentido, un intento de autocuración (Zuckerferld & Zonis Zuckerfeld, 1999).

Los aspectos somáticos y psíquicos de un sujeto se desarrollan en mutua interrelación y tempranamente en el vientre de la madre. Toda persona que desarrolle sus

potencialidades humanas debe ser primero hijo y luego padre o madre, siendo muy grande el contraste entre los dos roles ya que desde el punto de vista fisiológico debe primero haber dependido de otros para su simple existencia y posteriormente, debe proporcionar a otros esa seguridad, hecho natural e ineludible. Este hecho natural, al analizar cualquier problema humano, debe considerarse rodeado de todas las adquisiciones locales de comportamiento propias de cada cultura (Benedict & Lazarsfeld, 1968) y de las características singulares concernientes a la familia de origen y/o las circunstancias de crecimiento y desarrollo.

El tratamiento de los síntomas o lo clínicamente mayor estructurado puede resaltar sobre la persona y sus modos globales de interacción con el ambiente, siendo estas posibles fuentes de muchos de sus problemas y dificultades adaptativas.

Freud, en *El malestar en la cultura* nos muestra que el acceso a la vida social se realiza sobre una renuncia a lo pulsional. La frustración domina el campo de las relaciones humanas; sitúa al “sentimiento de culpa como el problema más importante del desarrollo cultural” (1930, p.130) cuyo progreso debe pagarse con la elevación del sentimiento de culpa, tal como se observa en el estudio de las neurosis.

2.6.5 Modelos básicos de la Relación Médico-Paciente

Los modelos médicos pueden analizarse según las actitudes predominantes en los profesionales.

Szasz y Hollender (1987), describen tres modelos básicos de interacción médico y paciente, caracterizando algunas situaciones en los que se manifiestan específicamente.

Para ellos, la interacción médico-paciente probablemente sea una combinación de estos

modos de acuerdo a la situación médica, los procedimientos técnicos y el encuadre social.

El modelo de participación mutua se caracteriza por un alto grado de empatía (Szasz & Hollender, 1987), teniendo elementos actitudinales relacionados con un clima amistoso durante la entrevista clínica, generando mayor satisfacción en el médico y el paciente. Esto es un punto importante para ayudar a los médicos a desarrollar un estilo adecuado a la situación clínica que enfrentan ya que cualquiera de los tres tipos de interacción es apropiado en algunas e inapropiado en otras.

Tabla 1. Tres modelos básicos de relación médico-paciente²

Modelo	Rol del médico	Rol del paciente	Aplicación clínica
1. Actividad-Pasividad	Hace por el paciente.	Recibe lo que le dan (inhabilitado para auto responsabilizarse)	Anestesia, emergencias, estado de coma, delirios, etc.
2. Orientación-Cooperación	Le dice al paciente que hacer.	Cooperativo (obediente).	Procesos infecciosos agudos, etc.
3. Participación mutua	La decisión es negociada (se reparte el poder).	Participa en la “pareja terapéutica” (utiliza la ayuda del experto)	Enfermedades crónicas, psicoanálisis.

Robert Veatch (1991), propone cuatro modelos de relación médico-paciente: sacerdotal, ingenieril, colegial y contractual.

² Esta tabla es una adaptación de la presentada por Szasz y Hollender (1987).

Modelo Sacerdotal: modelo paternalista, la capacidad y el recto entender del médico son los que tienen que preservar del daño y la injusticia al paciente; sin considerar la capacidad y el recto entender del enfermo. En esta relación vertical y asimétrica, el médico ordena como un padre benévolo y el paciente como un sumiso niño, se deja llevar hacia el bien que el otro elige por él. Sobre el principio de beneficencia toma decisiones sin tener en cuenta los deseos, creencias u opiniones del paciente.

Modelo Ingenieril: En oposición al sacerdotal, otorga todo el poder de decisión en el paciente. El médico es proveedor de información y ejecutor de las acciones propuestas por el paciente. El paciente se asemeja a un cliente que requiere la prestación de servicios médicos.

Modelo Colegial: No se diferencian los papeles del médico y el paciente. El poder es compartido por igual, no se reconoce la autoridad del profesional. Quizás se pierda la finalidad de la RMP, y se torne simplemente una relación simple entre individuos iguales.

Modelo Contractual: El médico preserva su autoridad, ya que detenta conocimientos y habilidades específicas, asumiendo la responsabilidad por la toma de decisiones técnicas. El paciente participa activamente, ejerciendo su poder de acuerdo con su estilo de vida y valores morales y personales.

Ezekiel y Linda Emanuel (1992, 1999) proponen cuatro modelos de relación médico-paciente, que implican variaciones en los grados de autonomía y relevancia en los

valores del paciente como así también sobre la influencia que el médico ejerce sobre los mismos o sus decisiones. También aquí, según las distintas circunstancias clínicas, los modelos apropiados pueden variar, y en tiempos o situaciones diferentes los cuatro modelos pueden coexistir.

En el *modelo paternalista*, la relación médico paciente asegura que el paciente sea receptor de las intervenciones que contribuyan a su salud y bienestar. El médico utiliza sus conocimientos y habilidades para diagnosticar la situación médica del paciente y el tratamiento más adecuado para curarlo o aliviarlo. Posteriormente, el médico selecciona la información que presenta al paciente, para que éste consienta con la intervención que el médico considera más adecuada o, en algunos casos extremos, el médico informa autoritariamente al paciente el o los procedimientos que se le realizarán. El médico sería un guardián de la salud del paciente, implementando lo que es mejor para él. Lo guiaría el principio de beneficencia.

En el *modelo informativo*, el objetivo de la interacción médico-paciente es que el médico provea al paciente de toda la información relevante y que éste seleccione o elija las intervenciones médicas que desea. No se produce interacción entre los valores de ambos participantes, el médico transmite los hechos y el paciente según sus creencias y valores elegirá la decisión más correcta. Prevalece el principio de autonomía.

En el *modelo interpretativo*, la relación médico-paciente apunta a resolver las necesidades del paciente de acuerdo a sus valores y significados, actuando como consejero o asesor. Si bien aquí también el médico provee al paciente la información acerca de su padecimiento, riesgos y beneficios de intervenciones posibles, además

trabaja con él sobre sus valores, lo ayuda a elucidarlos y articularlos, decidiendo la intervención médica que concuerda con ellos.

En el *modelo deliberativo*, el objetivo de la relación médico-paciente es ayudar al paciente a determinar y elegir los mejores valores relacionados con la salud que pueden satisfacer o resolver su situación clínica. El médico se remite a aquellos valores relacionados con la salud, reconoce que hay elementos morales que no están relacionados con la enfermedad o el tratamiento y que en consecuencia no son el objetivo de su relación profesional. Dialoga con el paciente, lo conoce y sugiere lo que es mejor para él, orienta al paciente no sólo a seguir preferencias sino a considerar valores alternativos relacionados con la salud.

Zola (1980) examina situaciones de no cumplimiento de prescripciones médicas, analizando en principio cuando la gente va al médico y diferenciando a aquellos que van al primer signo de un problema de aquellos que consultan por problemas crónicos.

La enfermedad individual nunca es un fenómeno puramente personal ya que posee una dimensión social que involucra en distintos grados otros aspectos de la vida personal del paciente como familia, amigos, trabajo, educación. Estos aspectos forman parte del panorama situacional que ayudarán tanto en la construcción diagnóstica de qué puede estar ocurriéndole a quien consulta como en las prescripciones que se le darán para restablecer su salud.

En salud pública, nos interesa esta visión integral del paciente relacionado con la Empatía, Flexibilidad Yoica y Valores Interpersonales propios del profesional y su desarrollo mediante el sistema de residencia en el primer nivel de atención.

Los residentes en medicina, ya poseen cierto conocimiento médico, conocimiento que se actualiza y monitorea permanentemente en las áreas pertinentes como epidemiología, prevención, aprendizaje basado en problemas, evidencia orientada al problema, pensamiento crítico, cursos intra-residencia, congresos, investigaciones, acciones comunitarias, salud mental, espacios interdisciplinarios, ateneos, rotaciones en servicios del tercer nivel. A esto se agrega la práctica asistencial supervisada, propia de la residencia y, en algunos casos, la reflexión individual y grupal sobre la misma. En este sentido, quizás el modelo de formación de residencia en medicina familiar y salud comunitaria favorece el aprendizaje de habilidades y destrezas comunicacionales en la entrevista clínica intentando potenciar la empatía (Saupe & Budo, 2006) y la inteligencia interpersonal. Sin embargo, estudios como el de Roger Moral (2005), indicarían que los residentes que recibieron el programa formativo no mostraron mejor perfil comunicacional que los que no lo recibieron.

2.7 LA EMPATÍA

El término *emföhlung* – sentir dentro o empatía-, ha sido exhaustivamente estudiado desde el siglo XIX. Fue acuñado por Robert Vischer en 1873, aunque se recuerda a Theodor Lipps como el padre de la primera teoría científica de la empatía o *emföhlung* (Montag, Gallinat & Heinz, 2008). Es en 1905 que para Husserl, el término empatía pasa a formar parte de su pensamiento, refiriéndose a la conciencia de la experiencia ajena y de sus vivencias. La distingue de la experiencia que la propia conciencia hace de sí misma. Empatía e intersubjetividad se implican mutuamente³(1931) como posibilidad intrínseca de conocimiento recíproco. El mundo no existe para una sola persona sino para todas las conciencias, al plantearse como se puede tener acceso a la conciencia del otro sin que sea una apropiación o unión de dos conciencias, Husserl (1979) va a establecer un mecanismo por el cual la conciencia de otro es constituida en la propia conciencia. Pone en suspenso la suposición acerca de la existencia del otro como ya lo había hecho con la existencia del mundo; aparece el concepto de cuerpo propio o *soma*. Soma significa un cuerpo físico animado por una conciencia. Al observar a otra persona, el cuerpo del otro se presenta semejante al propio y estando animado también por una conciencia. Para confirmar esto, se debería poder acceder a la conciencia del otro. Al no ser esto posible, se produce una proyección en ese lugar, un ponerse en el lugar del otro y si el otro se comporta como uno lo haría si estuviera en ese cuerpo, se confirma el sentido asignado de ser una persona similar. A esa proyección en el lugar del otro se la llama empatía. El problema de la intersubjetividad y la empatía, interesó a Husserl desde los inicios de su obra sin que se hayan conservado muchos de los

³ Según se infiere de la traducción hecha al inglés por W.R. Boyce Gibson del original en alemán.

importantes manuscritos del período comprendido entre 1905 y 1910. Fue su discípula Edith Stein (2004), quien realiza un profundo desarrollo del tema en la tesis doctoral bajo su dirección que fuera publicada parcialmente en 1916 con el título *Zum Problem der Einfühlung*⁴. En la misma, Stein establece una diferencia cualitativa de las conciencias subjetivas basadas en el contenido singular de sus corrientes de vivencias y va a intentar una lectura realista del problema fenomenológico de la constitución. Es tan importante el estudio de la estructura del sujeto que empatiza y el empatizado como el estudio de la empatía misma.

Ferrater Mora (1969), en sus varias veces editado Diccionario de Filosofía, remite empatía a los términos *endopatía* y *simpatía*. El término *endopatía* se usa a menudo para traducir el vocablo alemán *einfühlung*, junto con el también frecuentemente usado, de *empatía*. Según el autor, remiten tanto a una proyección afectiva como sentimental, esta última menos usual y con una significación más específica; como a una introfección. En su definición más general, remite a la participación afectiva y comúnmente emotiva, de un sujeto humano en una realidad ajena al sujeto. Esta realidad ofrece numerosos aspectos, y la participación puede ser conciente o inconciente, ser consecuencia de una intención o sin previa intención. Quiénes admiten la posibilidad y la frecuencia de esta participación afectiva, resaltan que solamente mediante ella, puede obtenerse la más profunda comprensión de determinados fenómenos o procesos extrasubjetivos. El término *einfühlung* se introdujo para explicar la belleza de la naturaleza o el modo de aprehenderla por los seres humanos. El concepto de *endopatía* o *empatía* puede ser utilizado en lo estético o en lo psicológico. Desde el punto de vista psicológico, muchos la consideran el fundamento de la comunicación entre los hombres. La doctrina de la *endopatía* da lugar al principio de la

⁴ Traducida literalmente como “Sobre el problema de la empatía” (2004).

simpatía (Ferrater Mora, 1969), empleado a veces en la teoría estética para explicar el placer que nos producen las obras de arte, cuyo disfrute sería inexplicable sin la participación afectiva de lo que oímos o contemplamos. Desde este punto de vista, empatía y simpatía parecerían equiparables.

Según Max Scheler (1942) en su fenomenología de los actos simpáticos, sería un error reducir el término simpatía a contagio afectivo o atracción vital. Para él, los actos de simpatía son actos intencionales en menor o mayor grado, hasta llegar al acto superior del amor.

Para Vidal y Benito (2002), la empatía es parte del método utilizado por las escuelas fenomenológico-existenciales llamado *comprensión psicológica*, siendo Karl Jaspers el creador de la Psicología Comprensiva al querer comprender los procesos psicopatológicos.

Karl Jaspers (1955), distingue el comprender racional del comprender empático. Si los contenidos del pensamiento se enlazan según la lógica, las relaciones se comprenden *racionalmente*, hay un comprender de lo hablado. Al comprender los contenidos mentales como “surgido de los estados de ánimo, deseos y temores del que piensa, comprendemos primero de modo psicológico o empático”, hay un comprender del que habla (Jaspers, 1955, p. 355).

Empatizar definida como el “co-vivenciar, sentir al mismo tiempo en el propio interior (Vidal y Benito, 2002, p.128)”, refiere a una máxima identificación temporal y no una reacción contratransferencial al sentir del paciente. Si bien realza su papel en cuanto a

la comprensión de lo que el paciente experimenta cuando está enfermo, para desarrollar el método de la *comprensión psicológica*, se necesita en un segundo momento, distanciarse de lo empatizado y así, mediante el análisis valorativo situacional, el médico pueda plantear una resolución del problema.

Según Mestre, Sampur y Tur “el concepto de empatía tiene una larga tradición en psicología”(2008, p.231), Titchener utiliza en 1920 el término empatía para indicar una forma de imitación del malestar del otro, capaz de evocar el mismo sentimiento en uno mismo.

A los fines de esta investigación, y en concordancia con las escalas utilizadas para la misma, adherimos a la definición de Eisenberg, Fabes, Guthrie & Reiser (2000), quienes consideran una dimensión **emocional, procesos cognitivos y el papel de la relación interpersonal** en el fenómeno de la empatía. El término **dimensión** alude a un atributo cuantitativo, que se posee en menor o mayor grado, partiendo del principio de que un concepto o categoría simbólica pueden describirse a partir de una serie de componentes elementales o propiedades (Vega, 1998).

2.7.1 La empatía en la entrevista clínica como facilitadora de la RMP

Se registra marcadamente en relación a la posibilidad de transmitirle al médico las preocupaciones propias y a la comprensión del problema por el paciente en base al diagnóstico y tratamientos indicados por el profesional, dimensión esta última destacada

como particularmente relevante para los pacientes en investigaciones cualitativas recientes (Andén, Andersson & Rudebeck, 2005).

Para Durante (2001), una de las categorías de la entrevista es la **definición del problema**. Este es el proceso por el cual el médico, el paciente y su familia, teniendo en cuenta sus diferencias, se ponen de acuerdo en cómo llamar a lo que pasa, negocian la definición del problema, y establecen un contrato terapéutico.

Teniendo en cuenta el modelo colaborativo (Mc Daniel, 1998; Durante, 2001), la definición del problema debe establecerse con el acuerdo del médico o del equipo de salud, del paciente y de la familia.

La definición del problema se basa en una relación Médico Paciente Familia basada en la confianza. La confianza se fortalece cuando se clarifican expectativas y se llega a un acuerdo previo de lo que se va a hacer (Covey, 2007). Para ello, es fundamental que el médico tenga una actitud **empática** con el paciente. La empatía (García, Ikes & Teng, 1995; Houston, 1990; Oswald, 1996; Marangoni, Ohbuchi, Ohno & Mukai, 1990) es una de las más potentes intervenciones terapéuticas. Se podría explicar como una respuesta del médico para comprender, en su totalidad y sin juicios de valor, las experiencias positivas o negativas de otra persona.

La empatía expresa la participación afectiva en una realidad ajena al sujeto y puede considerarse como el fundamento de la comunicación humana. Para Laplanche y Pontalis (1981), no es un mecanismo en sí, sino más un bien un proceso de comunicación que precisa de otros mecanismos como la identificación. En Boulanger y Lançon (2006), la empatía se distingue de la simpatía, más afín al contagio de emociones, implica una identificación altruista que permite hacerse una representación

mental de la perspectiva subjetiva del otro. El acto de la **empatía** no sólo incluye comprender sino tener la capacidad de transmitir al paciente esa comprensión de forma tal que *se sienta* comprendido. El sentimiento de ser comprendido por otras personas puede ser terapéutico en sí mismo.

2.9 FLEXIBILIDAD YOICA

La flexibilidad sería la capacidad de ajustar los propios sentimientos, pensamientos y comportamientos a situaciones y condiciones cambiantes (Goleman & Cherniss, 2005; Bar-On, 1994, 1997). La efectividad de una entrevista no se limita a que el médico exhiba determinadas conductas, sino que implica considerar que él es, en primer lugar, el propio instrumento de diagnóstico y tratamiento. La práctica de cada médico está influenciada por su particular historia personal, la cultura de su comunidad de origen y los roles que ha jugado en su familia (Alcorta Garza, González Guerrero, Tavitás Herrera, Rodríguez Lara y Hojat, 2005).

Las decisiones médicas se basan en los factores cognitivos y en los no cognitivos: lo que el médico siente hacia los pacientes puede ser un determinante tanto o más poderoso que lo que sabe o piensa para tomar decisiones. La habilidad del médico estaría dada por la posibilidad de reconocer sus sentimientos, desarrollando la capacidad de adaptarse a la situación. Para esto es necesario contar con cierto grado de **flexibilidad yoica** que lo instrumente.

La flexibilidad puede verse en la posibilidad de generar distintas respuestas y situarse desde otros puntos de vista, implica respuestas válidas y diversas. Si siempre se analizan las cosas desde el mismo punto de vista, es posible que se repitan las mismas ideas y soluciones (Moreno, 2004).

La flexibilidad yoica podría ser indicadora de una adecuada adaptación social, flexibilidad a observar tanto en el médico como en el consultante.

2.10 VALORES INTERPERSONALES

¿Y cuándo transformamos nuestra práctica en aplicación de técnicas y dejamos de hacer praxis en nuestra propia práctica? Cuando nos sometemos al reinado de la eficiencia, cuando dejamos de preguntarnos para qué, cuando perdemos de vista el sentido de nuestro trabajo... Es entonces que comenzamos a vivir nuestra pequeña muerte cotidiana, transformamos a los usuarios en objetos, que serán sometidos a intervenciones técnicas y dejamos de lado nuestra propia humanidad.

(Onocko Campos, 2004, p.15)

Los valores son las convicciones profundas de las personas que determinan la forma de ser (Woods, 2005) y orientan la conducta, formando parte de la identidad de la persona (Calogero, Bardi & Sutton, 2008). Se basan en múltiples antecedentes que incluyen la socialización, experiencias de vida, rasgos de personalidad y necesidades (Bilsky & Schwarz, 2008, 1994; Ryan, 1995). Las reacciones temperamentales y los valores tienden a perfilar la personalidad del ser humano. Los valores son equiparables a los principios como reglas o normas, reales o ideales, que rigen la existencia. Los valores no son sólo un objeto creado y compartido por los miembros de un grupo social o de una cultura, sino que se reconstruyen permanentemente a través de las interacciones humanas y las personas los hacen suyos de manera particular y diferente. Scheler (1926) relaciona el valor y el deber –ser ideal. Para él, “todo *deber* es siempre el deber–ser ideal de un acto de voluntad” (p.266), siendo otra cuestión si esta afirmación se corresponde con una convicción.

El análisis y la evaluación de los valores individuales puede ser de importancia para estimar las futuras acciones de los sujetos (Alcalde Cuevas, Marchena Consejero & García Sedeño, 2008). En tanto totalidades o conjuntos, el sistema de valores puede ser analizado en su relación con el comportamiento (Schwartz, 2001).

Para Barbieri (2008), cada comunidad tiene sus normas y cada momento histórico dentro de una comunidad tiene sus valores por lo que existe una interrelación importante entre los valores individuales y los compartidos por el entorno. Si la escala de valores cambia en cada época, su jerarquía y contenido no permanece igual en dos momentos de la historia; para Arana Ercilla (2006) antes se privilegiaba la valentía, actualmente el conocimiento y la preservación de la vida. También la sociedad humana tiene valores conservados tradicionalmente como parte de la cultura explícita, incorporándose muchos de estos a nivel individual en forma de motivos persistentes plasmados en conductas (Hollander, 1971).

Tanto en el presente como en el pasado, el ideal educativo es obra de la sociedad. Se puede afirmar que la educación es el proceso social que tiene como misión mantener, preservar, desarrollar la cultura humana, en su contexto histórico general y específico y conducir hacia el progreso. Es necesario comprender la relación intrínseca que existe entre cultura, educación y el desarrollo social. La cultura es creación humana, esencia que diferencia e identifica a los seres humanos, entre ellos y las demás especies. La sociedad es el medio y la organización en que ésta se desarrolla. La educación es el proceso intencionado de influencias sociales y culturales, que permiten el desarrollo individual de la personalidad, de los grupos sociales y de la sociedad en su conjunto. Los valores no son el resultado de una comprensión fruto de la información pasiva, tampoco de actitudes, conducidas sin significación propia para la persona. Su educación enlaza la realidad objetiva y los componentes subjetivos de la personalidad que se

expresan en conductas y comportamientos que resultan de aprendizajes conscientes y significativos en lo racional y lo emocional. Desde la universidad, hay un desarrollo de los valores profesionales, como las cualidades de la personalidad profesional que expresan significados sociales asociadas al hacer y actuar profesional. Estos valores profesionales son los valores humanos enmarcados en la profesión.

Rockeach (1973, 1979) definió los valores como las creencias relativamente permanentes de un modo de conducta particular, socialmente transferible a modos alternativos de conducta o estados existenciales.

Schwartz (1990, 1992, 1994), completa esta clasificación destacando la dimensión transcultural del valor y el papel de la socialización en el proceso de adquisición individual de los valores, especialmente a través del grupo ocupacional.

2.11 SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Para Caminal (2001), la satisfacción es una medida importante del proceso asistencial por tres razones:

1. Es un buen predictor de la adherencia al tratamiento, al cumplimiento y al servicio,
2. Es un buen instrumento para evaluar consultas y modos de comunicación,
3. La opinión de los pacientes ayuda en la mejora de los servicios a proveer.

En un análisis por segmentos de la población insatisfecha (Caminal, Sánchez & Schiaffino, 2002); se resalta el factor **recepción**, junto con la dimensión **accesibilidad**, como los aspectos que generan mayor insatisfacción. El factor **médico** es el aspecto de la asistencia más considerado, con una alta puntuación en el **trato personal** y la **continuidad**. Es decir que el factor representado por la atención de los profesionales es uno de los mejor calificados, frente a otros aspectos –por ejemplo, organizacionales– que no son tan bien conceptuados (Grol, 1999; Ibáñez, 2006; Riveros & Berné, 2007).

Una investigación sobre Calidad de la Atención Primaria (Moreno, Crivelli, Kestelman, Malé, Pasarell, Schapira & Viñas; 2001), incorpora la satisfacción como componente de la calidad, referida a la satisfacción del usuario con los servicios recibidos por los profesionales y los resultados de la atención. Otro estudio mejicano en el mismo sentido (Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar & Nigenda-López, 1998), refiere que los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. La calidad percibida está más representada por las características del proceso de atención que por el resultado, la

estructura o la accesibilidad. Similares resultados arrojan estudios sobre la anatomía de la satisfacción del paciente (Serrano- del Rosal & Loriente- Arín, 2008; Serrano- del Rosal, Vera-Toscano & Ateca-Amestoy, 2008).

La salud, el sexo y el nivel socio-económico influyen sobre algunos aspectos de la relación médico-paciente, generando satisfacción o insatisfacción con el sistema sanitario (Schufer de Paikin, 1980, 1981).

En otras investigaciones de usuarios de sistemas públicos, la clase social y el nivel de estudios no se relacionan con el grado de satisfacción (Delgado & López Fernández, 2004). Sin embargo, es frecuente que las personas con estudios superiores manifiesten menor satisfacción con la atención, ya que a mayor información, mayores expectativas y exacerbación del sentido crítico, aunque pueden encontrarse resultados contradictorios. En España y otros países, las mujeres prefieren una médica para problemas psicosociales y familiares (Delgado, A. & López, L., 2004; Delgado, A., Martínez-Cañavate T., García V., Frías J., Rueda T. & Morata J., 1999).

Según la Encuesta Nacional de Salud 2007 en Bogotá (ElTiempo.com, 2008), las mujeres acuden al médico al menor síntoma, coincidiendo con el hombre en cuanto al considerado *primer motivo de consulta*: malestares y dolores inexplicables. Se diferencian en el segundo motivo prevalente, que en las mujeres son las enfermedades relacionadas con el sistema genitourinario y en los hombres las infecciones de las vías respiratorias.

Distintas investigaciones indican como perfil dominante en la población que se atiende en centros asistenciales públicos, a personas sin cobertura formal de salud por el sistema

de seguridad social o privado y pertenecientes a los estratos populares, con bajo nivel de instrucción (CEPAL, 2006; SIEMPRO-INDEC, 2001).

Los resultados de un meta análisis desarrollado por Azevedo Esperidiao y Alves Bonfim (2006), dan cuenta de las dificultades presentadas en la medición de un fenómeno tan complejo como la satisfacción con los servicios de salud pública. Prueba de ello es la vasta terminología para designar a quiénes los utilizan: paciente, consumidor, cliente, usuario; con predominio del término *paciente*, que usualmente denota cierta noción de pasividad. Los términos *cliente* o *consumidor*, son oriundos del sector privado, reflejan una concepción en la que el papel del usuario en la arena de los servicios de salud, debe ser similar al papel que ejerce cuando compra productos y servicios en el mercado. El término *cliente* designa más explícitamente a aquel que paga por un servicio. El término *usuario* designa un concepto en el que se manifiesta la noción de *sujeto* más allá de ser *paciente* o *consumidor*, asumiendo especificidades colocadas en el ámbito de la salud que necesariamente incorporan nociones de ciudadanía, sostenidas por la idea de derecho social. Cabe destacar, que estos términos responden a los dos paradigmas dominantes a nivel mundial que darán origen a los sistemas de salud pública: la salud como un derecho o como un bien de mercado.

Si tomamos la satisfacción como un concepto de naturaleza eminentemente subjetiva, los factores psicosociales ganan relevancia en su entendimiento. Los enfoques teóricos que más apuntan a su comprensión, provienen de la psicología social, centrándose en los aspectos psicológicos de los usuarios como creencias, expectativas y percepciones. Estos aspectos, suelen ser poco indagados en la práctica ya que parecieran alejarse de la objetividad del interrogatorio médico o extender innecesariamente el tiempo de consulta.

La satisfacción o insatisfacción con la consulta, suele expresarse en frases aisladas, positivas o negativas, más bien referidas como consideraciones finales sobre ésta y nunca como un resultado principal. Un indicador de satisfacción podría ser el retorno al servicio otorgado, pero debería ser analizado conjuntamente con el de *necesidad* y *disponibilidad económica*.

Se destaca la utilidad de metodologías cualitativas para ampliar la comprensión de la satisfacción. Su evaluación debe ser tomada como parte de las relaciones que establece la comunidad atendida con los servicios públicos de salud.

Para Rovere (1993) los actuales servicios de salud no responden a las expectativas sociales ya que en época de profundas transformaciones sociales, deben ser actualizados los objetivos de un proyecto de educación permanente para quienes trabajan en el área.

Mackinson (2000) resalta la importancia de que quienes trabajen en el área de salud sean flexibles, para poder mantener e incrementar la capacidad de aprender; críticos y autocríticos, participantes de un proceso de cambio en salud y no simples ejecutores.

Las relaciones entre médicos y enfermos han pasado de ser interacciones entre dos y/o algún otro miembro del grupo familiar, a relaciones con el sistema sanitario y otros especialistas, personal de enfermería, auxiliares, asistentes sociales y administrativos. Para Lázaro y Gracia (2006) la tradicional expresión relación médico-enfermo, debería cambiarse por relación sanitario-enfermo, objetando que incluso quienes acuden al sistema sanitario no van porque están enfermas sino a prevenir o descartar la posibilidad de estarlo.

3. MÉTODO

Se recolectaron y analizaron datos cuantitativos (Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio, 2003; Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio, 2008; Vieytes, R; 2004) aplicando encuestas a dos grupos:

(a) Médicos destinados en las Unidades Sanitarias dependientes de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca, por medio de un cuestionario que incluía un conjunto de ítems de caracterización de estos profesionales e ítems correspondientes a las escalas de empatía, flexibilidad yoica y valores interpersonales. La variable independiente se determinó como el perfil de Valores Interpersonales, y el grado de Empatía y Flexibilidad Yoica de los médicos de unidades sanitarias del primer nivel de atención.

(b) Pacientes de dichos profesionales en las Unidades Sanitarias, mediante un cuestionario en el que se indagaron datos de caracterización de los pacientes e ítems referidos a percepciones de los pacientes sobre aspectos de la atención recibida que, en conjunto, contribuirían a definir su grado de satisfacción con ésta. Fueron encuestados 530 pacientes en el mismo período en que se entrevistó a los profesionales. Por lo que, la variable dependiente fue definida como el grado de satisfacción del paciente con el médico tratante de unidades sanitarias del primer nivel de atención salud pública municipal al finalizar la consulta.

3.1 Diseño muestral y tamaño de las muestras.

El método de muestreo utilizado fue no probabilístico, de tipo intencional o de criterio, procurándose incluir en ambas muestras un número suficiente de individuos como para hacer posible las elaboraciones estadísticas, con las limitaciones impuestas por el universo mismo, ya que no hay números equiparables de las distintas especialidades dentro del sistema público estudiado.

Se evaluaron 53 médicos pertenecientes al primer nivel de atención municipal de Bahía Blanca, que aceptaron contestar el material presentado. Se omitieron aquellos que por diversas razones como licencias por enfermedad y/o vacaciones, no se encontraron en el lugar de trabajo ese día. La edad variaba entre 26 y 65 años y la antigüedad de trabajo en salud pública desde 1 año a 30 años.

Se encuestaron 530 pacientes, 10 pacientes que acudieron a la consulta ese día por cada médico del que se habían obtenido datos. En algunos casos, tomó más tiempo completar esa cantidad, debido a que no todos los profesionales tenían esa demanda diariamente. Se exceptuaron aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos graves, psicóticos, oligofrénicos, que figuraban en la historia clínica o fueran de conocimiento del personal en las unidades sanitarias que no hubiere, puesto que no todas las Unidades Sanitarias poseen sistemas de historias clínicas.

3.2 Contexto y diseño de la investigación

La investigación se realizó en las Unidades Sanitarias y Centros de Salud del primer nivel de atención municipal. El diseño utilizado fue del tipo no experimental, transversal- correlacional.

3.3 Instrumentos de recolección de datos

En el cuestionario aplicado a los médicos se les solicitaron datos sociodemográficos - sexo y edad- y sobre su especialidad y trayectoria -antigüedad en el primer nivel de atención-. En el mismo cuestionario, que fue auto administrado, se incorporaron los ítems de las **Escalas de Empatía y Flexibilidad** de Reuven Bar-On (1994, 1997) y el **Cuestionario de Valores Interpersonales** de L. Gordon (1976, 1977), adaptados por Moreno y Rodríguez (2005). Estudios de confiabilidad de las Escalas de Empatía y Flexibilidad – **Bar On Emotional Quotient Inventory (EQ-i)**- revelaron coeficientes alfa mayores de 0,65 (Regner, 2001), es decir satisfactorios. Otro tanto ocurrió con la versión en castellano de las mismas Escalas, que mostraron igualmente coeficientes de confiabilidad satisfactorios de 0,70 y 0,68 respectivamente (Moreno, 2004).

En el manual (Bar-On, 1997) se pueden observar los sucesivos estudios factoriales, tanto en la versión inglesa como en español, estudios que dieron lugar a sucesivas modificaciones hasta arribar a la actual versión.

El *Cuestionario de Valores Interpersonales (SIV)* explora los valores que tienen relevancia en el ajuste personal, social, familiar y laboral. Es una prueba factorial que explora los siguientes valores: Estímulo (S), Conformidad (C), Reconocimiento (R), Independencia (I), Benevolencia (B) y Liderazgo (L).

Estímulo (S): Ser tratado con comprensión, recibiendo apoyo por parte de los demás; ser tratado con amabilidad y consideración.

Conformidad (C): Hacer lo que es socialmente correcto, siguiendo estrictamente las normas; hacer lo que es aceptado e idóneo, ser conformista.

Reconocimiento (R): Ser bien visto y admirado, ser considerado como persona importante, llamar favorablemente la atención, conseguir el reconocimiento de los demás.

Independencia (I): Tener el derecho a hacer lo que uno quiere hacer, ser libre para decidir por sí mismo, ser capaz de actuar según el propio criterio.

Benevolencia (B): Hacer cosas por los demás y compartirlas con ellos, ayudar a los poco afortunados, ser generoso.

Liderazgo (L): Tener a cargo a otras personas teniendo autoridad sobre ellas, estar en un puesto de mando o poder.

A los pacientes se les aplicó un breve cuestionario de datos demográficos en el que indicaban sexo, edad y se les pedía el nivel de escolaridad obtenido al momento. Después de una prueba piloto con 30 pacientes se decidió agregar la pregunta: ¿Se lo dijo a su médico?, que se consideró indicadora de un clima empático durante el transcurso de la entrevista, es decir que se hicieron entre 5 y 6 preguntas (la última pregunta dependía de la respuesta dada en la anterior).

Dentro de la pregunta 4 se incluyó otra pregunta en la que se pedía la especificación de una entre varias alternativas, consideradas como posible motivo de no cumplimiento del tratamiento indicado.

No se quería cansar a los usuarios con una cantidad excesiva de preguntas, ya que algunos se encontraban esperando ser atendidos desde muy temprano a consecuencia de su malestar o preocupación. Considerando que la satisfacción no es una apreciación basada solamente en la racionalidad, los ítems considerados -1) ¿Pudo consultarle lo que más le preocupaba?; 2) ¿Le preguntó que pensaba usted acerca de lo que le podía estar pasando? Y, 3) ¿Entendió cuál es su problema?; se construyeron sobre la base de

que sus respuestas condensarían los aspectos subjetivos relacionados con las creencias, expectativas y percepciones del paciente en la consulta.

3.4 Procedimientos

Una vez obtenida la autorización para la realización de la investigación, se pidió que se comunicara a los coordinadores de cada área en la reunión semanal y se los invitó a participar. Después de un primer intento con más evasivas que aceptaciones, por sugerencia de uno de ellos, se eliminaron el pedido de nombre y apellido para los encuestados, para que esto no resultara persecutorio. Se tomaron en cuenta estas sugerencias, ya que la encuesta era confidencial y voluntaria, especificándose el motivo y responsable de la misma. En un área se decidió suspender la toma a pedido del coordinador, que alegó que la misma generaba malestar entre profesionales y pacientes. Tres médicos se negaron a contestarla. En dos casos, los profesionales no completaron las escalas, en uno la escala de valores interpersonales aduciendo “que las preguntas eran capciosas” (sic) y en otro se saltaron ítems, suponemos que en actitud encubierta de rechazo o aburrimiento. En un caso, hubo reiterados olvidos en cuanto a completarla, por lo que no se insistió, excluyéndola de la muestra.

Para los cuestionarios aplicados a los pacientes se elaboró un indicador del grado de satisfacción del paciente respecto a la atención médica recibida que resume las respuestas a las preguntas 1, 2 y 3 referidas a:

1) Posibilidad de consultar al médico, se utilizó la sigla: POSCON. Pregunta: ¿Pudo consultarle lo que más le preocupaba?

2) Interrogación del médico al paciente sobre su visión del motivo de consulta, se utilizó la sigla INTEMED. Pregunta: ¿Le preguntó que pensaba usted acerca de lo que le podía estar pasando?

3) Comprensión del problema por parte del paciente, se utilizó la sigla COMPREN. Pregunta: ¿Entendió (usted) cuál es su problema?

Se codificaron las respuestas dadas a cada una de estas preguntas otorgándoles los valores mostrados en la tabla 2.

El puntaje de satisfacción consistió en la sumatoria simple de las respuestas:

$$\text{Satisfacción} = \text{POSCON} + \text{INTEMED} + \text{COMPREN}$$

Tabla 2. Puntaje otorgado a las respuestas dadas a preguntas 1, 2 y 3 del Cuestionario de pacientes.

Respuesta	Valor
Sí	1
En parte	0,5
No	0

Se consideraron las 27 alternativas teóricas de puntaje correspondientes al espacio de atributos definido y la distribución en éstas de la población estudiada, efectuándose una reducción a tres categorías de grado de satisfacción:

Tabla 3. Grados y puntajes de satisfacción con la atención médica

Categorías	Rango de valores
Bajo	0 a 1,5
Mediano	2
Alto	2,5 y 3

Para analizar las relaciones existentes entre el grado de satisfacción de los pacientes y sus características de edad, sexo y nivel educacional, como así también la relación entre

especialidad de los médicos y satisfacción de los pacientes, se desarrollaron pruebas de hipótesis, recurriendo al estadístico X^2 de Pearson.

La hipótesis, dentro de la estadística inferencial es una proposición respecto a uno o varios parámetros y la **prueba de hipótesis** se utiliza para determinar si la hipótesis es congruente con los datos obtenidos en la muestra. Chi cuadrado o X^2 es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, siendo una de las pruebas estadísticas no paramétricas más usada. No paramétrica alude a que este tipo de análisis acepta distribuciones no normales, es decir que no requiere presupuestos acerca de la forma de la distribución poblacional. Se utilizan estas pruebas estadísticas para saber si las diferencias observadas entre los grupos son reales o se pueden explicar por el azar. Una asociación estadísticamente significativa⁵ es aquella con $p < 0.05$. El valor p se define como la probabilidad de encontrar una diferencia en las muestras cuando la diferencia realmente no existe o la probabilidad de que la hipótesis nula sea verdad, que no hay asociación entre lo que planteamos.

Dado que la distribución univariable correspondiente al grado de satisfacción de los pacientes presentaba muy pocos casos en la categoría de baja satisfacción (2,3%: 12/530), al efectuar las pruebas de X^2 , en todas las distribuciones bivariadas se registró más de un 20% de celdas con frecuencias esperadas inferiores a 5, lo que constituye un impedimento para la aplicación del test. Para hacer posible la prueba, se efectuó una reducción de las categorías de satisfacción a dos situaciones; *no plenamente satisfechos con la atención del médico* –incluyendo la baja y mediana satisfacción- y *plenamente satisfechos* –alta satisfacción-.

⁵ La ausencia de significación estadística no implica necesariamente que no exista relación entre el factor de estudio y la respuesta. Puede ocurrir que aún ocurriendo tal asociación, el estudio haya sido incapaz de relevarla como estadísticamente significativa, cometiéndose un error atribuible al bajo *poder* o *potencia estadística*.

3.5 Recolección de datos

Los datos se obtuvieron a fines de 2007 y durante el 2008. La mayoría de los datos de los médicos (74%) se lograron en el 2008, una vez eliminados el nombre y apellido del encuestado.

Todos los pacientes accedieron a contestar, se les explicó que era para tener una estimación de la atención del servicio de salud ofrecido por los distintos profesionales (clínico, pediatra, ginecólogo, médico de familia y generalista).

3.6 Análisis de los datos

Se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences o SPSS (2006) para obtener estadísticas descriptivas para las diferentes variables y efectuar las pruebas inferenciales correspondientes a las hipótesis de investigación formuladas.

Al utilizar la estadística descriptiva se describieron los datos, valores y puntuaciones obtenidas para cada variable. Como los datos se recolectan de una muestra, a los resultados estadísticos se los denomina **estadígrafos** como la media o la desviación estándar de la muestra. Los **parámetros** son las estadísticas de la población o el universo; que en esta investigación no son calculados porque no se recolectaron datos de toda la población pero se infirieron de los estadígrafos. La estadística inferencial “se utiliza para probar hipótesis y estimar parámetros (Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio, 2008, p.443)”.

Se obtuvieron frecuencias y porcentajes según la construcción de un puntaje de grado de satisfacción.

Se examinaron las relaciones entre los rasgos de Empatía y Flexibilidad Yoica de los médicos y Valores Interpersonales como la Benevolencia, usando pruebas paramétricas (r de Pearson). El coeficiente de correlación de Pearson que se simboliza r , es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón, utilizada para probar hipótesis correlacionales, por ejemplo, “A mayor X, mayor Y o ‘altos valores en X están asociados con altos valores en Y’ (Sampieri, Collado & Lucio, 2008, p.453)”. En cuanto a las variables, no considera a una como independiente y a otra como dependiente, ya que si bien se puede establecer teóricamente una noción de causa –efecto, la prueba en sí no considera dicha causalidad. Al coeficiente r de Pearson se asocia la regresión lineal, que es un modelo matemático para estimar el efecto de una variable sobre otra. En ambas el nivel de medición de las variables es de intervalos o razón.

Se compararon las medias obtenidas por los médicos según sexo, edad y especialidad en las escalas de flexibilidad, empatía y valores interpersonales, mediante Análisis de Varianza de una vía (ANOVA) y Análisis Multivariado de Varianza (MANOVA).

ANOVA o análisis de varianza de una vía es una prueba estadística para analizar si más de dos grupos difieren significativamente entre sí en relación a sus medias y varianzas. Se usa cuando el nivel de medición de la variable independiente es categórica y la dependiente es por intervalos o de razón. Que la variable independiente sea categórica significa que se pueden formar grupos diferentes. MANOVA o análisis multivariado de varianza analiza la relación entre dos o más variables independientes y dos o más variables dependientes.

Se investigó la correlación entre los valores de Empatía, Flexibilidad y Valores Interpersonales, y el grado de satisfacción de los pacientes.

4. RESULTADOS

4.1 Características demográficas de la muestra de médicos

Se obtuvieron datos de 53 médicos, 29 hombres y 24 mujeres; 18 eran pediatras, 12 clínicos, 8 ginecólogos, 10 médicos de familia y 5 médicos generalistas. Respecto a la edad, 27 sujetos tenían entre 26 y 40 años, y 26 médicos entre 41 y 65 años. La Media de antigüedad en el trabajo fue de 10,5 años.

4.2 Análisis de los resultados de las escalas de Empatía, Flexibilidad yoica y Valores interpersonales.

El promedio alcanzado en la escala de Empatía por los médicos encuestados fue alto (M= 4,23; SD= 0,55) y algo más moderado en la escala de Flexibilidad Yoica (M= 3,51; SD= 0,67).

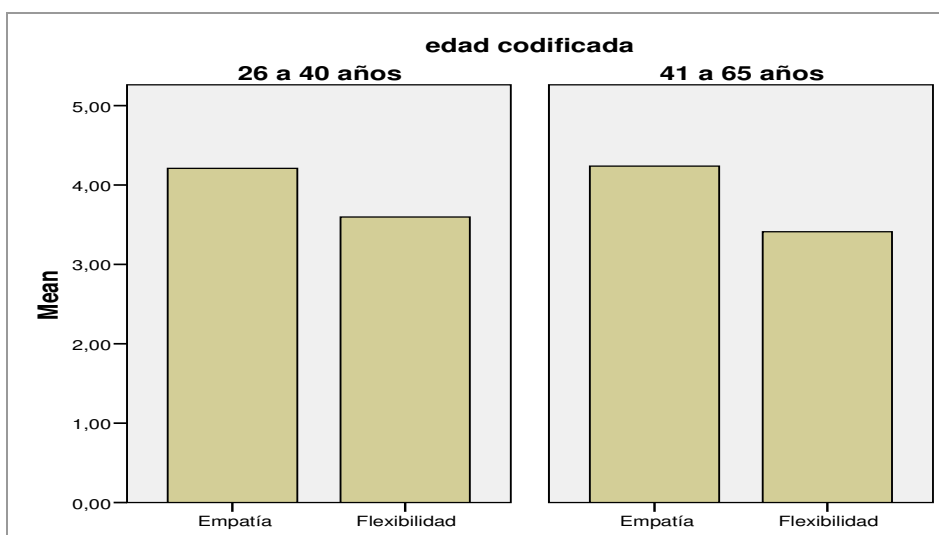


Gráfico 1: Empatía y Flexibilidad yoica según rango de edad

La diferencia encontrada en cuanto a la empatía en relación a la antigüedad: 0 a 7 años N= 26; M=4,11; y de 8 a 30 años, N= 27, M= 4, 33, podría relacionarse al hecho de transitar profesionalmente y personalmente por distintas etapas de la vida. En el primer rango, la mayoría de los encuestados se encontraba en un nivel de definiciones en cuanto a su futuro laboral, tanto en lo que concierne a la inserción como a la estabilidad.

Para algunos médicos de familia y/o generalistas, su función en el primer nivel de atención se redujo a ejercer como clínicos o como pediatras, generando un reacomodamiento insatisfactorio.

Respecto al segundo rango, si bien computaron ambas, hubo médicos que aclararon que tenían una antigüedad previa en el tercer nivel de atención. La incorporación de médicos provenientes del tercer nivel a Unidades Sanitarias, primer nivel; fue una forma de proporcionar la debida retribución económica a quienes habían ejercido ad honorem. Para muchos, este trabajo fue vivido como degradación de la tarea desarrollada, agregada al desplazamiento a zonas periféricas y la consiguiente sensación de inseguridad que en algunos casos despierta. Sensación que tiene asidero en situaciones concretas donde se les ha intentado robar el auto o se han roto las cubiertas del mismo.

Las situaciones de los llamados *temporarios*, que legalmente deben pasar a condiciones de *efectividad* o *planta permanente* mediante concurso realizado al año, son situaciones de irregularidad frecuente que generan malestar en los lugares de trabajo; y que en el último tiempo, se intenta revertir.

Los promedios en Valores interpersonales variaron de niveles moderados a relativamente bajos: Independencia: M= 3,35; SD= 0,40; Benevolencia: M= 3,23; SD= 0,47; Estímulo-Ser aceptado: M= 2,90; SD= 0,40; Conformidad Social: M= 2,65; SD= 0,57; Liderazgo: M= 2,21; SD= 0,59 y Reconocimiento social: M= 1,77; SD= 0,43.

Todas las distribuciones correspondientes a estas escalas demostraron ajustarse a la distribución normal, según surgió del test de normalidad K-S aplicado.

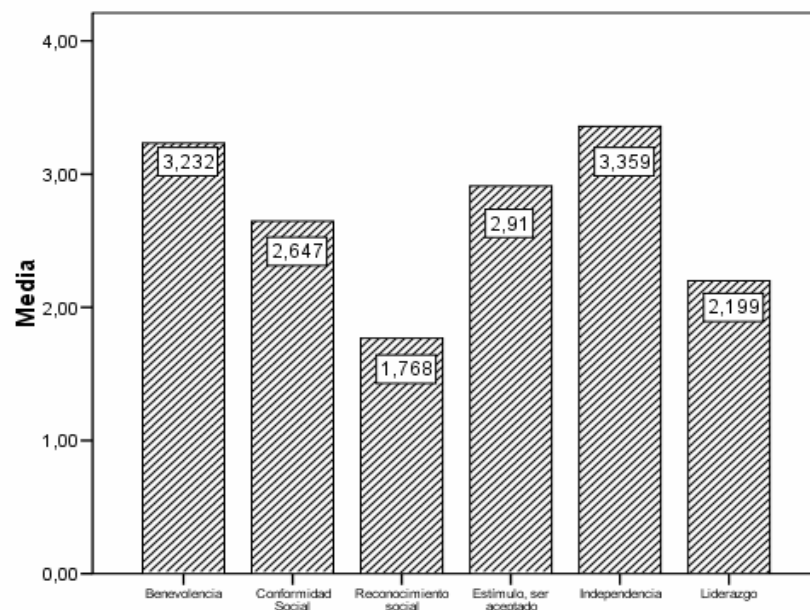


Gráfico 2: Puntajes medios de Valores interpersonales de los médicos

Considerando las situaciones antes mencionadas, y que el Valor Interpersonal más apreciado fue la Independencia, suponemos que puede existir relación entre ambos. Podría pensarse como una dificultad para trabajar en equipo no sólo con el paciente y su familia sino también con otras personas que puedan ser de relevancia en el tratamiento o la evolución del usuario impidiendo su participación activa

La Empatía de los médicos mostró estar significativamente correlacionada con su Flexibilidad Yoica ($r= 0,48$; p bilateral $< 0,001$), indicando similares niveles de

Empatía y Flexibilidad La Empatía de los médicos tuvo una correlación positiva con su nivel de Benevolencia -hacer cosas por los demás y compartirlas con ellos, ayudar a los poco afortunados, ser generosos- ($r= 0,55$; p bilateral $< 0,001$).

Las correlaciones establecidas son, mayoritariamente, positivas y moderadas, con la excepción de la existente entre Benevolencia y Reconocimiento social, valores que aparecen negativamente relacionados ($r= -0,41$, p bilateral $= 0,003$): a mayor nivel del valor de Benevolencia, menor nivel atribuido al Reconocimiento social, y viceversa.

Aparte del examen de las relaciones entre las variables principales de investigación, se sometió a prueba una serie de hipótesis complementarias de valor explicativo, referidas a las diferencias en los niveles de Empatía, Flexibilidad Yoica y cada uno de los Valores Interpersonales considerados según características básicas de los médicos: sexo, edad y especialidad.

Verificado el cumplimiento de los supuestos sobre las distribuciones (normalidad y homocedasticidad) que hacen posible su aplicación, se recurrió como procedimiento de prueba en todos los casos al Análisis de Varianza de una vía (ANOVA) y, para el examen de diferencias según combinaciones de variables, al Análisis Multivariado de Varianza (MANOVA). Los resultados obtenidos, que se exponen resumidamente en el siguiente cuadro, ponen en evidencia una ausencia sistemática de diferencias significativas entre los puntajes de las variables de Empatía, Flexibilidad y Valores Interpersonales en relación a los factores considerados (edad, sexo, especialidad de los médicos).

<i>Hipótesis de investigación</i>	<i>Prueba</i>	<i>Resultado</i>
Existen diferencias entre los promedios De Empatía de médicos varones y mujeres	ANOVA	F= 0,35(1,51); p= 0,56 <i>No significativo</i>
Existen diferencias entre los promedios de Empatía de médicos jóvenes y mayores	ANOVA	F= 0,03(1,51); p= 0,86 <i>No significativo</i>
Existen diferencias en los promedios de Empatía según especialidad de los médicos	ANOVA	F= 0,54(3,49); p= 0,66 <i>No significativo</i>
Existen diferencias entre los promedios de Flexibilidad de médicos varones y mujeres	ANOVA	F= 0,83(1,51); p= 0,37 <i>No significativo</i>
Existen diferencias en los promedios de Flexibilidad de médicos jóvenes y mayores	ANOVA	F= 1,01(1,51); p= 0,32 <i>No significativo</i>
Existen diferencias en los promedios de Flexibilidad por especialidad	ANOVA	F= 0,55(3,49); p= 0,65 <i>No significativo</i>
Existen diferencias entre los médicos según sexo en combinación de Empatía y Flexibilidad	MANOVA	Hotelling T= 0,02; F= 0,42(2,50); p= 0,66 <i>No significativo</i>
Existen diferencias entre los médicos jóvenes y mayores en combinación con Empatía y Flexibilidad	MANOVA	Hotelling T= 0,03; F= 0,78 (2,50); p= 0,46 <i>No significativo</i>
Existen diferencias entre los médicos según sexo y Valores Interpersonales	MANOVA	Hotelling T= 0,13; F= 0,97 (6,44); p= 0,46 <i>No significativo</i>
Existen diferencias entre los médicos jóvenes y mayores en Valores Interpersonales	MANOVA	Hotelling T= 0,25; F= 1,80 (6,44); p= 0,12 <i>No significativo</i>

Para la población atendida en el primer nivel de atención de salud pública municipal, aparentemente sería indistinto ser atendido por un médico hombre o mujer, tampoco influiría la edad o la especialidad.

Este mismo tipo de resultados negativos según las correspondientes probabilidades se obtuvieron en las pruebas de ANOVA sobre diferencias en cada uno de los Valores Interpersonales con respecto al factor edad de los médicos, que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 4: Diferencias entre valores interpersonales y edad de los médicos.

Valores interpersonales ⁶	Edad de los médicos				<i>p</i>	
	26-40 años		41-65 años			
	Media	Desvío	Media	Desvío		
BENEVOLENCIA	3,23 (2)	,53	3,22(2)	,41897	,008	,930
CONFORMIDAD SOCIAL	2,56 (4)	,55460	2,74(4)	,59870	1,287	,262
RECONOCIMIENTO SOCIAL	1,79 (6)	,41429	1,73(6)	,44516	,213	,646
ESTÍMULO, SER ACEPTADO	2,92 (3)	,37456	2,89(3)	,44032	,084	,773
INDEPENDENCIA	3,43(1)	,27142	3,26(1)	,48822	2,470	,123
LIDERAZGO	2,18 (5)	,58476	2,21(5)	,61047	,030	,863

La ausencia sistemática de resultados significativos no implica necesariamente que no existan diferencias en los niveles de Empatía, Flexibilidad y Valores Interpersonales de los médicos según los factores examinados, pudiendo atribuirse en cambio a un bajo poder estadístico⁷ del estudio efectuado, vinculado al tamaño relativamente reducido de la muestra de médicos que se consideró. Prueba de esto, son los resultados del análisis pormenorizado del cuestionario de pacientes que considera las relaciones entre estas variables y la satisfacción mediante otras pruebas estadísticas, en las que si bien se mantienen los resultados generales, mostramos las diferencias encontradas.

⁶ Entre paréntesis se consignaron los rangos de los valores.

⁷ La relación entre error y poder estadístico ha sido comentada en nota al pié de página de la sección MÉTODO.

4.3 Características socio-demográficas de la muestra de pacientes

Se entrevistaron 530 pacientes, 10 por cada médico encuestado a la salida de la consulta con el mismo.

Entre los pacientes encuestados predominaron ampliamente las mujeres: 83% (440/530) respecto a los varones: 17% (90/530).

Tabla 5. Distribución según sexo y grupo de edad

Sexo	Hasta 49 años	%	50 años y más	%	Total	%
Mujeres	379	86,1%	61	13,9%	440	83,0
Varones	51	56,7%	39	43,3%	90	17,0
Total	430	81,1%	100	18,9%	530	100,0

4.3.1 Nivel educacional alcanzado por los pacientes

Se categorizó como **Bajo** a aquellas personas sin instrucción, primario completo o incompleto, **Medio** a quienes tenían secundario completo o incompleto y **Alto** a quienes manifestaron poseer estudios terciarios o universitarios completos o incompletos.

El 58,5% de los pacientes encuestados correspondió a la categoría educacional Baja, encontrándose un nivel educativo más alto entre los Jóvenes y Adultos Jóvenes (hasta 49 años de edad) que entre los Adultos Mayores y mayores (50 o más años). Hay mayor nivel de educación de las mujeres encuestadas (Mediana de edad= 29 años) respecto a los varones (Mediana de edad= 47,5 años).

Tabla 6. Nivel educacional alcanzado por los pacientes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	310	58,5 %
Medio	190	35,8%
Alto	30	5,7%
Total	530	100%

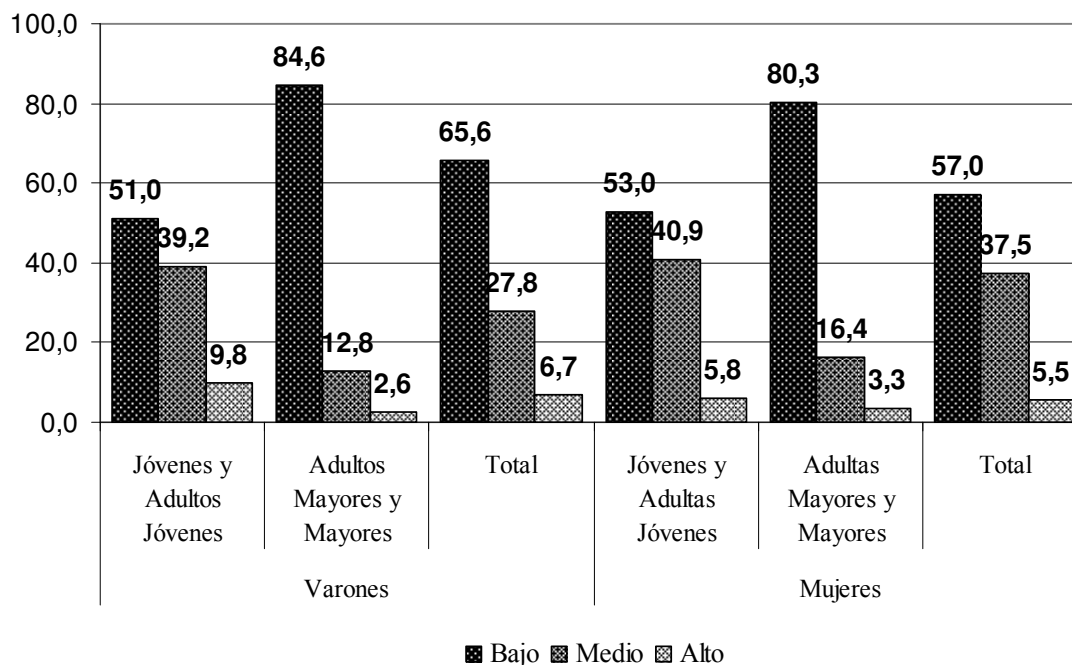


Gráfico 3. Pacientes por nivel educacional alcanzado según sexo y edad.

4.4 Análisis de resultados de la encuesta a pacientes.

En función de los alcances prácticos de la investigación, la obtención de información útil para la formación de residentes en medicina familiar del primer nivel; para presentar los resultados de la encuesta a pacientes se resolvió diferenciar los médicos de familia de los médicos generales. No obstante ello, y dado que la cantidad de generalistas abarcados en el estudio fue muy baja (5 casos), para las pruebas de asociación de determinadas variables con la especialidad; ambas categorías (médicos de familia y generalistas), fueron consideradas conjuntamente.

Posibilidad de preguntar al médico sobre la preocupación propia (Pregunta 1:

¿Pudo consultarle lo que más le preocupaba?)

El 97% (514/530) de los pacientes encuestados respondió afirmativamente; un 2,3% (12/530) que en parte y un 0.8% (4/530) que no había podido consultar lo que más le preocupaba. Si se consideran, con relación a las respuestas a esta pregunta, las especialidades de los médicos tratantes se constata que los porcentajes de pacientes que pudieron consultar lo que más les preocupa son altos para todas las especialidades, siendo el más bajo el del médico generalista (94%). Es decir que la mayoría de los pacientes logró expresar sus preocupaciones y sentirse escuchado por su médico.

Interrogación del médico al paciente sobre su visión del problema (Pregunta 2: ¿Le

preguntó que pensaba usted acerca de lo que le podía estar pasando?)

El 81,1% (431/530) respondió que sí, el 6,6% (35/530) en parte y 12, 1% (64/530) que no.

Al realizar la prueba de hipótesis de asociación entre la Interrogación del médico al paciente sobre su visión del problema y el sexo de los pacientes se obtuvo como resultado $X^2= 4,47$, gl 2, $p= 0,11$, denotando independencia entre ambas variables.

Tampoco pudo establecerse la existencia de asociación entre Interrogación del médico y edad de los pacientes, siendo en este caso $X^2= 1,10$, gl2, $p= 0,58$, por lo que no pudo rechazarse la hipótesis nula de independencia.

Respecto a la relación entre Interrogación del médico y especialidad de éste, la prueba de hipótesis resultó en un $X^2= 9,40$, gl 6, $p= 0,15$, es decir, nuevamente independencia.

Comprensión del problema en base al diagnóstico y al tratamiento (Pregunta 3:

¿Entendió cuál es su problema?)

El 95,3% (505/530) respondió que sí, el 23% (23/530) en parte y 0,4% (2/530) que no había entendido cual era su problema.

Existencia de dificultades para seguir el tratamiento

(Pregunta 4: ¿Tiene alguna dificultad para cumplir con las indicaciones del tratamiento?)

El 10,8% (57/530) respondió que sí, 3,2% (17/530) en parte y 86% (456/530) que no tenía dificultades para cumplir con el tratamiento. Los pacientes que encuentran mayores dificultades para cumplir con las indicaciones del tratamiento son los atendidos por médicos generalistas, 28% (14/50) y por ginecólogos, 12,7% (10/80). Entre los atendidos por médicos de familia, encontramos que un 7% (7/100) tienen este tipo de dificultad.

Motivo o dificultad para seguir el tratamiento

(Pregunta 5: Motivo= Dificultad 1) Económica, 2) Familiar, 3) Laboral, 4) Emocional, 5) Otras.

A los pacientes que respondieron que sí o en parte tenían dificultades para cumplir con el tratamiento (14% del total de pacientes encuestados: 74/530) se les pidió que consignaran el motivo. El 67,6% (48/71) respondió, tener dificultades económicas; 8,5% (6/71) familiares (5/71); y 5,6 % laborales (4/71).

Comunicación al médico sobre dificultades para seguir el tratamiento

(Pregunta 6: ¿Se lo dijo a su médico?)

El 6,4% (n=34) respondió que sí, siendo el médico pediatra el que recibía mayores manifestaciones, después el médico de familia, clínico en tercer lugar y generalista y ginecólogo en igual proporción.

4.5 Satisfacción de los pacientes

Los resultados obtenidos para este indicador sintético de satisfacción guardan relación directa con las respuestas a los indicadores parciales que lo integran, registrándose como resultado un alto grado de satisfacción con la atención médica recibida por parte de los pacientes consultados.

Tabla 7: Grado de satisfacción del paciente con la atención médica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	12	2,3	2,3
	Mediano	61	11,5	13,8
	Alto	457	86,2	100,0
	Total	530	100,0	

Para analizar las relaciones existentes entre el grado de satisfacción de los pacientes y sus características de edad, sexo y nivel educacional, como así también la relación entre especialidad de los médicos y satisfacción de los pacientes, se desarrollaron pruebas de hipótesis de asociación, recurriendo al estadístico X^2 de Pearson.

Tal como se anticipó en la sección sobre MÉTODO, como la distribución univariable correspondiente al grado de satisfacción de los pacientes presentaba muy pocos casos en la categoría de baja satisfacción (2,3%: 12/530), se efectuó una reducción de las categorías de satisfacción a dos situaciones; *no plenamente satisfechos con la atención del médico* – incluyendo la baja y mediana satisfacción- y *plenamente satisfechos* –alta satisfacción-.

Efectuadas las pruebas, en ninguno de los casos se pudo rechazar la hipótesis nula de independencia entre las variables consideradas.

Tabla 8 .Sexo de los pacientes y satisfacción con la atención médica

		SATISFACCIÓN DEL PACIENTE			
		No plenamente satisfecho	Plenamente satisfecho	Total	
SEXO	Mujeres	Recuento	55	385	440
		Frecuencia esperada	60,6	379,4	440,0
		% de SEXO	12,5%	87,5%	100,0%
	Varones	Recuento	18	72	90
		Frecuencia esperada	12,4	77,6	90,0
		% de SEXO	20,0%	80,0%	100,0%
Total		Recuento	73	457	530
		Frecuencia esperada	73,0	457,0	530,0
		% de SEXO	13,8%	86,2%	100,0%

Con respecto a la relación entre sexo de los pacientes y satisfacción con la atención, como resultado de la prueba aplicada se obtuvo que $X^2 = 3,54$, 1 gl, $p = 0,17 > 0,05$, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se constató independencia entre las dos variables. En la muestra, el grado de satisfacción experimentado por los pacientes no se asocia con el sexo.

Algo similar se constató al examinar la relación entre las edades de los pacientes y la satisfacción con la atención.

Tabla 9. Edad de los pacientes y satisfacción con la atención médica

			SATISFACCIÓN DEL PACIENTE		
			No plenamente satisfecho	Plenamente satisfecho	Total
GRUPOS DE EDAD	Jóvenes y Adultos Jóvenes (Hasta 49 años)	Recuento	60	370	430
		Frecuencia esperada	59,2	370,8	430,0
		% de GRUPOS DE EDAD	14,0%	86,0%	100,0%
	Adultos Mayores y Mayores (50 años y más)	Recuento	13	87	100
		Frecuencia esperada	13,8	86,2	100,0
		% de GRUPOS DE EDAD	13,0%	87,0%	100,0%
Total		Recuento	73	457	530
		Frecuencia esperada	73,0	457,0	530,0
		% de GRUPOS DE EDAD	13,8%	86,2%	100,0%

El resultado obtenido de $X^2 = 0.06$ (gl 1) con $p = 0,80 > 0,05$ indica que en la muestra de pacientes encuestados existe *independencia* entre la edad de éstos y su satisfacción con la atención.

Con respecto a la relación entre el nivel educacional alcanzado por los pacientes y su satisfacción con la atención, se planteó como hipótesis la existencia de asociación entre ambas variables, postulándose que a menor nivel educativo –con la consiguiente menor información y menos puntos de referencia para evaluar la atención del médico– correspondería, en general, una más alta satisfacción con la atención.

Tabla 10: Nivel de educación de los pacientes y satisfacción

			SATISFACCIÓN DEL PACIENTE		
			No plenamente satisfecho	Plenamente satisfecho	Total
NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO 2	Bajo	Recuento	35	275	310
		Frecuencia esperada	42,7	267,3	310,0
		% de NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO 2	11,3%	88,7%	100,0%
	Medio	Recuento	32	158	190
		Frecuencia esperada	26,2	163,8	190,0
		% de NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO 2	16,8%	83,2%	100,0%
	Alto	Recuento	6	24	30
		Frecuencia esperada	4,1	25,9	30,0
		% de NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO 2	20,0%	80,0%	100,0%
Total	Recuento	73	457	530	
	Frecuencia esperada	73,0	457,0	530,0	
	% de NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO 2	13,8%	86,2%	100,0%	

Puesta a prueba la hipótesis de asociación entre ambas variables, el resultado obtenido de $X^2= 4,10$ (gl 2) y $p= 0,13 > 0,05$ indicó no asociación.

Finalmente, se examinó la relación entre satisfacción de los pacientes y especialidades de los médicos tratantes.

Tabla 11: Especialidad de los médicos y satisfacción de los pacientes

ESPECIALIDAD DEL MÉDICO		SATISFACCIÓN DEL PACIENTE		Total
		No plenamente satisfecho	Plenamente satisfecho	
Clínico	Recuento	20	100	120
	Frecuencia esperada	16,5	103,5	120,0
	% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	16,7%	83,3%	100,0%
Ginecólogo	Recuento	9	71	80
	Frecuencia esperada	11,0	69,0	80,0
	% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	11,3%	88,8%	100,0%
Pediatra	Recuento	21	159	180
	Frecuencia esperada	24,8	155,2	180,0
	% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	11,7%	88,3%	100,0%
Médico de Familia	Recuento	15	85	100
	Frecuencia esperada	13,8	86,2	100,0
	% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	15,0%	85,0%	100,0%
Médico Generalista	Recuento	8	42	50
	Frecuencia esperada	6,9	43,1	50,0
	% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	16,0%	84,0%	100,0%
Total	Recuento	73	457	530
	Frecuencia esperada	73,0	457,0	530,0
	% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	13,8%	86,2%	100,0%

El valor obtenido de $X^2 = 2,28$, g.l. 4 y $p = 0,68 > 0,05$ no permite rechazar la hipótesis nula de independencia entre las variables, con lo que puede decirse que en la muestra de pacientes encuestados **la especialidad del médico no presentó asociación con la satisfacción de los pacientes atendidos.**

La falta de asociación entre los distintos descriptores de los pacientes tenidos en cuenta (sexo, edad, nivel educativo) y entre las especialidades de los médicos y la satisfacción de los pacientes con la atención médica, contradiciendo -al menos en lo que hace a sexo, edad y nivel educacional- la evidencia aportada por otras investigaciones, puede reflejar

sobre todo una debilidad de la medición efectuada de la satisfacción, basada en un instrumento elemental –los tres ítems correspondientes del cuestionario-, que constituiría una aproximación exploratoria a un fenómeno multidimensional y complejo.

5. CONCLUSIONES

Partiendo de la concepción de Atención Primaria de la Salud y su devenir histórico en tanto estrategia, programa o proyecto y nivel de atención, el **objetivo general** era lograr una aproximación de los Valores Interpersonales, el grado de Empatía y Flexibilidad Yoica de los médicos del primer nivel de atención pública municipal, en general y por especialidad.

El trabajo en Salud Pública se inscribe en una concepción ligada al bienestar de la población general, es en dónde más se pone de manifiesto la consigna de la salud como derecho. Laín Entralgo (1983) dota a la tarea médica de una *condición moral* como profesión que rechaza el abandono y promueve la ayuda, condición que relacionamos con los Valores Interpersonales, privilegiando el de Benevolencia. Si la labor desempeñada cotidianamente puede ser vivida como de relativa satisfacción y concordancia con aquellos principios que orientan la vida personal de los encuestados, su evaluación se refleja en las encuestas aplicadas.

Detectar cuales son las emociones que se ocultan sobre la consulta realizada, permite independientemente del resultado, el alivio de sentirse acompañado ante lo desconocido, la irrupción de sensaciones extrañas, temperatura anormal, decaimiento, bultos, erupciones... El cuerpo deja de ser una forma de conectarse con el mundo para conectarse con el interior y con las fantasías y creencias a veces más siniestras que puedan pensarse. La soledad y el abatimiento también encuentran formas de manifestarse a través de la superficie corporal que se ofrece a otro para su cuidado y reparación. Ser escuchado, mirado, existir para quién además concede esperanza de curación, que aún ofreciendo una respuesta inadecuada incluso puede sostener esa

ilusión hasta tanto desentrañe el misterio si ha logrado que el proceso sea satisfactorio para el consultante.

En el primer nivel de atención, por razones de accesibilidad, al ser el recurso naturalmente más cercano al usuario, aparece una sintomatología desorganizada, que el sentido común, la experiencia, el conocimiento o la forma de comunicarse del médico, configurará en una determinada enfermedad. Recordemos que **malestares y dolores inexplicables** es el primer motivo de consulta en el estudio mencionado en Bogotá (p.64), ya sea en hombres como en mujeres. Carecemos de investigaciones similares, pero sabemos de la necesidad de establecer una relación empática para que el usuario se sienta en condiciones de desplegar en el ámbito analizado, tanto los síntomas como sus preocupaciones y creencias. Las carencias económicas y afectivas aparecen indiferenciadas en seres sufrientes que aumentan la fragilidad somática en inevitables situaciones de sufrimiento. El repliegue impuesto por el mal-estar será facilitado en su elaboración o no por la actitud del médico, y configurará alternativas de respuesta ante las dificultades cotidianas. Es en ese sentido, en el que la Empatía y la Flexibilidad Yoica adquieren importancia en la vinculación con el usuario, observándose un puntaje promedio alto en la escala de Empatía ($M= 4,23$; $SD= 0,55$) y algo más moderado en la escala de Flexibilidad Yoica ($M= 3,51$; $SD= 0,67$).

El Valor Interpersonal más apreciado fue la Independencia que relacionamos con algunas condiciones de trabajo y la ausencia de proyectos compartidos o la dificultad para sostenerlos en el tiempo. Se intensifican actitudes individualistas y de no compromiso, incrementando el desgaste profesional y cayendo en una atención rutinaria, con respuestas concretas a situaciones concretas que empobrecen al conocimiento del usuario en tanto sujeto de derecho y de los trabajadores de la salud como promotores de cambio, en el cuidado de los mismos.

Le sigue Benevolencia, valor preponderante en los modelos paternalistas vistos y que posiblemente se relacionen con un modelo RMP tradicional, legitimado desde la universidad hasta las instituciones en las que trabajan los egresados, avalado por la comunidad profesional y los usuarios. Tomado como inherente a la profesión en sí, indicaría una concordancia esperable entre los valores profesionales definidos y los indagados.

Estos no solamente tienen que ver con características personales, sino que consideramos que la personalidad misma y el desarrollo de la tarea se encuentran influenciados por el contexto y las condiciones en las que se desarrolla.

En las encuestas a los pacientes, el breve indicador de satisfacción con la atención recibida, obtuvo un alto porcentaje (86,2%), no relacionada con la especialidad consultada, el sexo o la edad de los usuarios. El 58,5% de los pacientes encuestados presentó un nivel educativo Bajo, es decir sin instrucción, primario completo o incompleto, resaltando esta situación en Adultos Mayores y Mayores, 50 años o más. Indica la necesidad de ser especialmente empáticos y flexibles en su atención, enfatizando el proceso comunicacional y promoviendo la participación más activa de los mismos, ya sea para la obtención de información como para cerciorarse de que se han comprendido adecuadamente las indicaciones. Logrado esto, se puede intercambiar ideas acerca de la posibilidad de su cumplimiento y/o indagar acerca de las posibilidades de mejorar la calidad de vida, en función de sus creencias y expectativas.

En el análisis pormenorizado de cada respuesta de satisfacción de los usuarios, el 97% considera que pudo preguntar lo que más le preocupaba en todas las especialidades, siendo el más bajo el del generalista (94%); quién también se encuentran en el primer

lugar cuando se le pregunta a los pacientes si tienen dificultades para cumplir con el tratamiento indicado (28%). En el médico de familia se reduce a la mitad (7%). Quizás en este caso, influya el lugar y los programas de formación. El generalista se forma mayoritariamente en el tercer nivel, de alta complejidad tecnológica, grandes dimensiones, y gran caudal de gente circulante que favorece relaciones más impersonales. Se otorga mayor valor a datos objetivos –análisis, EEC, TAC, Ecografías- de fácil acceso para sus profesionales. Desde esa perspectiva, la fortaleza de la formación es la resolución rápida de problemas complejos mediante pruebas específicas que avalan el diagnóstico otorgado.

Para los médicos de familia, la formación transcurre mayoritariamente en primer nivel, el programa resalta las competencias comunicacionales, la exploración de lo subjetivo, sucesos vitales, creencias e ideas acerca del padecimiento. La ubicación en el lugar donde viven los usuarios, favorece el trato cotidiano y el seguimiento longitudinal del paciente y su familia. Se posibilita la participación de la comunidad a través de la gestión de Unidades Sanitarias, enfatizando más la prevención y promoción e intentando no cronificar síntomas en enfermedades cuando estos pueden deberse a situaciones transicionales o *life events*. Al trabajar con la familia, comparte muchas características con los pediatras, para quienes la demanda de atención está repartida entre el cuerpo y los avatares de la crianza. La consulta pediátrica no puede ser tomada por fuera de lo que ocurre a los adultos significativos que se encuentran a cargo de los menores, ni tampoco independientemente de lo que ellos sienten ya que en muchos casos, son quienes ponen palabras al malestar del otro o significan su gravedad. Esta especialidad tiene criterios de prevención y cuidados de la salud más arraigados que el resto de la medicina.

Adherimos a la concepción de que **la satisfacción posee un importante componente subjetivo**. En este sentido, la enfermedad potencia los aspectos transferenciales más primarios, por lo que suponemos que el paciente necesitaría en este nivel de atención de salud pública, que le garanticen que puede contar con un profesional calificado, que no minimice lo que le pasa y lo tranquilice a través de sus explicaciones. Cobran importancia aquí las diferentes actitudes expresadas según los modelos de Relación Médico Paciente, en función de la situación y de las características de cada consultante.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar, O. (1995). La Residencia Hospitalaria, Pasado, Presente y Futuro. Revista Nuestro Hospital. Año 1, N° 1. Formato electrónico.
- Alcalde Cuevas C., Marchena Consejero E. & García Seleño M. (2008). Los Valores. Análisis de una muestra de alumnos de formación profesional de un centro de recuperación de minusválidos físicos. Formato electrónico.
- Alcorta Garza A., González Guerrero J., Tavitas Herrera S., Rodríguez Lara F. & Hojat M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. Rev. Salud Mental. Vol.28, N° 5, Octubre 2005, pp.57-63. Distrito Federal, México. Versión electrónica.
- Andén A., Andersson S. & Rudebeck C. (2005). Satisfaction is not all – Patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study, BMC Family Practice, vol. 6: 43.
- Arana Ercilla, Martha H. (2006). Los valores en la formación profesional. Tabula Rasa. Bogotá: Colombia. N°, 323-336. [Recuperado redalyc [http://uaemex .mx](http://uaemex.mx) el 15 de Diciembre de 2009].
- Arango, M. V. de. (1992). Salud mental en la comunidad y Atención primaria de la Salud. En Temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 19, p. 188.
- Asthon J. & Seymour H. (1990). La Nueva Salud Pública. Masson- SG Editores.
- Azevedo Esperidiao M. & Alves L. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1267-1276.

- Balint, M. (1961). El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos.
- Barbero J., Romero C., Gijón P. & Júdez C. (2001). Limitación del esfuerzo terapéutico. Medicina Clínica. 117 (15): 586-594. Barcelona: España.
- Barbieri J. (2008). De qué hablamos cuando hablamos de valores. Paidós.
- Bar-On R. & Parker J. (2000). The Handbook of Emocional Intelligence. Jossey-Bass.
- Bar-On R. (1994). EQI: The emotional quotient inventory. Tesis doctoral. Universidad de Tel Aviv, Israel.
- Bar-On, R. (1997). *Bar On Emotional Quotient Inventory*. North Tonawanda, New York: Multi-Health Systems.
- Beckman H.B. & Frankel R.M. (1984). The effect of the physician behavior on the collection of data. Academia and Clinics. Annals of Internal Medicine. 101: 692-696.
- Bellón J. A. (2007). Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 24, Suplemento 2: 7-14.
- Benedict R. & Lazarsfeld P. (1968). Comunicación y cultura. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Berdoz D., Conus K. & Daeppen L. (2005). Combien de fois il faut que je vous dise...Quelques pistes dones par l'entretien motivationnel: médecine de premier secours. Révue médicale suisse. Suisse: Gêneve.
- Bertolote J.M. (1992). Planificación y administración de acciones en salud mental en la comunidad. En Levav I. Temas de salud mental en la comunidad. Serie Paltex, OPS.

- Bilsky W. & Schwartz S. H. (1994). Values and personality. *European Journal of Personality*, 8: 163-181.
- Bilsky W. & Schwartz S. H. (2008). Measuring motivations: Integrating content and method. *Personality and Individual Differences*, 44: 1738-1751.
- Blanco Aspiazu M., Moreno Rodríguez M. A., Suárez Rivero B. *et al.* (2003), Modelo teórico de la evaluación de la entrevista médica. *Rev. Cubana Educ. MED. Super.* [Online]. Abril-junio, vol.17, N° 2.
- Bleger J. (1975). *Temas de Psicología. Nueva Visión.*
- Boulanger C. & Lançon C. (2006). L'empathie: réflexions sur un concept. *Annales médico Psychologiques* 164: 497-505.
- Bunge M. (1985). *Economía y filosofía.* Madrid: Tecnos.
- Calogero R. M. et al. (2008). A need basis for values: Associations between the needs for cognitive closure...*Personality and Individual Differences.* www.elsevier.com
- Caminal J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev. Calidad Asistencial* 2001, 16:276-279. Versión electrónica.
- Caminal J.; Sánchez E., Schiaffino A. (2002) El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev. Calidad Asistencial* 2002: 17 (1): 4-10. Barcelona: España.
- Canguilhem G. (1968). Puissance et limite de la rationalité en médecine. En *Etudes d'Histoire et de Philosophie des Sciences.* P 392-411. Paris: Vrin.
- Castro Solano A., Perugini M.L., Benatuil D. & Nader M. *Teoría y evaluación del liderazgo.* Paidós.

- Cattivera, C. y Ciapponi, A. (2007). ¿Cómo manejarnos con conflictos de intereses manejados por la industria? http://www.pacientesonline.com.ar/medicina/encuentros/cuarto_encuentro/reflexiones4.php [Fecha de acceso: 2 de Junio de 2009].
- CEMIC.(2009).<http://www.cemic.edu.ar/atencionmedica/amdepmedfliaconoz.asp> [recuperado el 2 de Junio de 2009].
- CEPAL. (2006). La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad, Santiago de Chile.
- Childress, JF & Siegler, I M. (1984). Metaphors and models of doctor-patient relationships: their implications for autonomy. *Theoretical Medicine*; 5: 17-30.
- Costa Alcaraz A. M.& Almendro Padilla. (2006). Beneficencia y no maleficencia. www.fisterra.com
- Covey S. (2007) El factor confianza. Paidós.
- Cuevas Urióstegui, Aura-Martínez, Ouver-Márquez, Sumano-Catalan Palomares-Hernández & Garduño- Espinosa. (1991).Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. *Salud Pública México*; Vol.33 (6):576-584.
- Declaración de Alma-Ata (1978). Atención primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm [Fecha de Acceso: 14 de Marzo de 2006]
- Delague M. & Junot A. (2003). *Annales Médico Psychologiques* 161: 23-30. Elsevier.
- Delgado, A. & López, L. (2004). Práctica profesional y género en Atención Primaria. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-

[91112004000400018&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400018&lng=es&nrm=iso). [Fecha de acceso: 30 de noviembre de 2009]

- Delgado, A., Martínez-Cañavate T., García V., Frías J., Rueda T. & Morata J. (1999). Preferencias y estereotipos de los pacientes sobre el género del médico. *Aten Primaria* 23:268-74.
- Di Segni S. (1995). Las funciones del yo y los mecanismos de defensa en problemas del campo de la salud mental Lía Ricón, Silvia Di Segni & Juan Cristóbal Tenconi. Paidós
- Durante, E. (1999). La Relación Médico-Paciente-Familia y la entrevista clínica: una aproximación metodológica. Buenos Aires: Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Departamento de Docencia e Investigación. Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Durante, E. (2000). La Relación Médico-Paciente- Familia. PROFAM. Curso Anual de Medicina Familiar y Atención Médica Primaria. Buenos Aires: Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Durante, E. (2001) en Rubinstein, A; Terrasa, S; Durante, E., Rubinstein E. & Carrete P. (2001). Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial médica panamericana.
- Eia Asen, K. & Tomson P. (1997). Intervención familiar. España: Paidós.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Guthrie, I, & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. En *Journal Personality and Social Psychology*, 78 (I), 136-157.
- ElTiempo, com. (2008).Mujeres en Bogotá acuden al médico al menor síntoma; los hombres solo cuando ya están enfermos.[Recuperado de

<http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/>. Fecha de acceso: 26 de Agosto de 2009]

- Emmanuel, E. & Emmanuel, L. (1992). Four models of the Physician-Patient-Relationship. JAMA, 267 (16): 2221-2226.
- Emmanuel, E. & Emmanuel, L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. Bioética para clínicos. Couceiro A. editora. Madrid: Triacastela: 109-126.
- Engel, GL. (1997). From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. Psychosomatic; 38(6):521-8.
- English, H. & Oñativia, O. (1951). Diccionario Manual de Psicología. Buenos Aires: El Ateneo.
- Ferrari, H. (1996). Salud Mental en Medicina. Buenos Aires: López Libreros Editores.
- Ferrari, H., Luchina N. & Luchina I. (1971). La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ferrater Mora, J. (1969). Diccionario de filosofía. Buenos Aires: Editorial Sudamericana. Tomo I, 5ta. Edición.
- Ferrater Mora, J. (1969). Diccionario de filosofía. Buenos Aires: Editorial Sudamericana. Tomo II, 5ta. Edición.
- Freud, S. (1910). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915[1914]). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1930 [1929]). El malestar en la cultura. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.

- Gardner, H. (1995). Inteligencias Múltiples. La teoría en la práctica. Barcelona: Paidòs.
- Glass, R. (1996). The patient –physician relationships. JAMA, 275:147-148.
- Goleman, D. & Cherniss, C. (2005). Inteligencia emocional en el trabajo. Cairos: Barcelona
- Goleman, D. (1995). La inteligencia emocional. Javier Vergara Editor.
- Gómez Esteban R. (2000). Las ansiedades del médico en la relación médico paciente. Base de datos de tesis doctorales Teseo.
- Gordon, L. V. (1976). Survey of Interpersonal Values. Revised Manual. Chicago: Science Research Associates.
- Gordon, L.V. (1977). Cuestionario de Valores Interpersonales. Madrid: TEA Ediciones. Versión castellana de José Forteza.
- Grodos, D. y de Betuna, X. (1998). Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de Salud del tercer Mundo. Cuadernos Médico-sociales Nro. 46.
- Grol, R., Wensing J. y colaboradores. (1999). Patients' priorities with respect to general practice care: An international comparison, Family Practice, Vol. 16, N°1.
- Guilé, J. M. (1996). Identifying narcissistic personality disorders in preadolescents. Can J Psychiatry 41: 343-9.
- Guilé, J. M. (2007). Perturbations précoces de l'intersubjectivité et de l'empathie: quels liens avec les troubles externalisés de l'enfant et de l'adolescent? Annales Médico Psychologiques 165: 412-419.
- Gutiérrez García, I. (2006). La empatía. www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/ . [Fecha de acceso: 2 de Julio de 2008].

- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2003). Metodología de la investigación. 3ra. ed. México: Mc Graw Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2008). Metodología de la investigación. 4ta. ed. México: Mc Graw Hill.
- Hollander, E. (1971). Principios y métodos de la Psicología Social. Amorrortu Editores.
- Houston D. (1990). Empathy and the self: cognitive and emotional influences on the evaluation of negative affects in others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 859-868.
- Husserl, E. (1931). Ideas. General Introduction to Pure Phenomenology. London: George Allen & UNWIN LTD.
- Husserl, E. (1979). Meditaciones cartesianas. Madrid: Ediciones Paulinas.
- Ibáñez, N., Yazle Rocha, JS y colaboradores. (2006). Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo, *Gência & Saúde Coletiva*, 11 (3), 683-703.
- Jasiner, G. & Woronowski, M. (1996). Para pensar a Pichon. Lugar Editorial S.A.
- Jaspers, K. (1955). Psicopatología general. Buenos Aires: A. Bini y Cía.
- Kark, S.L. & Kark E. (1994). El equipo de salud en APOC. En Atención Primaria orientada a la Comunidad. DOYMA, p.39.
- Kernberg, O. (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. New Cork: Jason Aronson.
- Kernberg, P.F. (1959). Narcissistic personality disorder in childhood. *Psych. Clin. North Am.* 52: 671-94.

- Klein, R. (2009). EL TRABAJO GRUPAL. Cuando pensar es hacer. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Kliksberg, B. (2005). Las caras de la Pobreza en América Latina. En Módulo 1: Salud y Sociedad. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Plan Federal de Salud. Ministerio de Salud. Argentina.
- Laín Entralgo, P. (1961). Enfermedad y pecado. Barcelona: Ediciones Toray.
- Laín Entralgo, P. (1983). La relación médico enfermo. Historia y método. : Alianza Editorial.
- Lalonde, M. (1981). A new perspective on the health of Canadians, a working document. Minister of supply and services. www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974- [Fecha de acceso: 14 de Junio de 2007].
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1981). Diccionario de Psicoanálisis. Labor: Barcelona. 3ra edición.
- Lázaro, J. y Gracia, D. (2006). La relación médico- enfermo a través de la historia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 29, Suplemento 3. Pamplona, Scielo [Fecha de Acceso: 3 de Junio de 2009]
- Leroy F., Caron R. & Beaune D. (2006). Objectivation du corps en médecine et incidents subjetctives. Annales Médico Psychologiques 165:465-471.
- Libro de Actas. (1998). Medicina Familiar. Secretaría de Salud. Municipalidad de Bahía Blanca.
- Lipko, E. & Dumeynieu, I. (2004). Patología laboral del equipo de salud mental. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Lo Bianco, J. & Merle E. (2006) Psicoterapias para principiantes. Buenos Aires: Era naciente.

- Loayssa Lara, J.R. (2004). Teoría declarada y teoría en la acción de los médicos sobre la relación médico-paciente. Base de Datos de Tesis Doctorales TESEO.
- López Quintás, A. (1987). Estética de la creatividad. Barcelona: Promociones Publicaciones Universitarias.
- López Quintás, A. (1987). Vértigo y éxtasis: Bases para una vida creativa. Madrid: Asociación para el Progreso de las Ciencias Humanas.
- Mackinson, G. (2000). El valor Justicia en la convivencia democrática. Ediar, páginas 133-141-
- Mahler, H. (1981). El sentido de “la salud para todos en el año 2000”. Foro Mundial de la Salud, 3 (1): 5-25.
- Marangoni, C; García, S.; Ickes, W. & Teng, G. (1995). Empathic accuracy in a clinically relevant setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 854-869.
- Mayer, J.D. & Salovey P. (1993). “The intelligence of emocional intelligence” en *Intelligence* 17 (4), oct-dic; 433-442.
- Mc Daniel, S., Campbell, T. & Seaburn, D. (1998) Orientación Familiar en Atención Primaria. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Mc Whinney, I. (1981). An Introduction to Family Medicine. Oxford University Press. New York.
- McDougall, J. (1989). Théâtres du corps. Paris: Gallimard.
- Mestre, M.; Sampur P. & Tur, A. (2008). Empatía y conducta prosocial. En Casullo, M. Prácticas en Psicología Positiva. Cap.9, p.230-268. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Misrahi, R. (1997). Qu’est-ce que l’éthique? L’éthique et le bonheur. Paris: Masson.

- Montag, C., Gallinat, J. & Heinz, A. (2008). Theodor Lipps and the Concept of Empathy: 1851-1914. Recuperado de ajp.psychiatryonline.org [Fecha de acceso el 28 de Noviembre de 2009].
- Morales Calatayud, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Paidós: Buenos Aires.
- Moreno, E., Crivelli V., Kestelman N., Malé M., Pasarell N., Schapira E. & Viñas M. (2001). Calidad de la Atención Primaria. Cátedra de Salud Pública. Universidad de Tucumán.
- Moreno, J. E. (2004) Sistema de Valores, Agresión, Perdón y Reconciliación. Aportes para un modelo estructural de las actitudes hacia los ofensores en situaciones de agravio. Tesis doctoral. Universidad del Salvador. Facultad de Psicología y Psicopedagogía (Tesis Doctoral). Buenos Aires.
- Moreno, J. E. y Rodríguez, M. L. (2005). Informe final del Proyecto: Valores, estilos de aprendizajes, competencias y rendimiento académico en alumnos universitarios. Universidad Adventista del Plata.
- Morgan, M. (1986). *The doctor patient relationship* in Sociology as applied to medicine, edited by DL Patrick and G. Scambler. Bailliere Tindall. Pp 55-68.
- Morris, J. (1964). *Uses of Epidemiology*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Neufeld, V. & Norman, G. Assessing clinical competence. New Cork: Springer Series on Medical, 1985: vol.7.
- Ohbuchi, K.; Ohno, T. & Mukal, H. (1990) Empathy and aggression: effects of self disclosure and fearful appeal. *The Journal of Social Psychology*, 133, 243-253.
- Onocko Campos, R. (2004). Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. Recuperado de www.famg.org.ar/.../59-

[un-abordaje-en-el-malestar-en-la-institucion-hospitalaria.html](#) - [Fecha de acceso: 3 de Enero de 2010]

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1986) en Actividades Preliminares para Becarios: Programa Médicos Comunitarios (2005). Postgrado en Salud Social y Comunitaria. Plan Federal de Salud Documento recuperado en PDF. . Sitio Web, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
- Oswald, P. (1996). The effects of cognitive and affective perspective taking on empathic concern and altruistic helping. *The Journal of Social Psychology*, 136, 613-623.
- Paganini, J. M. (2000). El desarrollo de la descentralización en salud. Un camino hacia la equidad. Congreso Internacional “Atención Primaria de la Salud, una Visión Estratégica”, 3 al 5 de Mayo.
- Pelisch, A., Armus, M., Ricaurte, M., Ferrer, C., Berner, E., Onaindia, J., Pereyra, M. & López Casariego, V. (1998). ¿Qué espera el pediatra del psicoanálisis? *Revista de Psicoanálisis*, Tomo LV, N° 3, pp. 732-750.
- Polaino- Lorente, A. (1997). *Manual de Bioética General*. Madrid: Ediciones RIALP, 3ra.Ed.
- Prados Castillejo, J.; Ruiz Moral, R.; Pèrula, L.; Matilde A. (2000) *Manual del Cuestionario GAta-Res*. Cuestionario Gatha Res. Envío del Dr. Roger Ruiz Moral luego de su validación (de contenido) y fiabilidad (intraobservador, intracaso y consistencia interna). Grupo Comunicación y Salud. España.
- PROFAM PDF. (2006). Programa a distancia de Medicina Familiar Ambulatoria. Departamento de Docencia e Investigación. Documento recuperado en PDF; sitio Web Hospital Italiano de Buenos Aires.

- Programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria (2002). RD/127/84 Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Consejo Nacional de Ciencias Médicas. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Programa de Residencia de Medicina General Integral. (1988). www.ms.gba.gov.ar/Residencias09/ProgramasDeResidencias/Medicina_General_Integral.pdf -[Fecha de acceso: 7 de Junio de 2006].
- Programa Médicos Comunitarios (2005). Actividades preliminares para becarios. Postgrado en Salud Social y Comunitaria. Plan Federal de Salud. Documento recuperado en PDF, Sitio Web Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. Argentina.
- Puentes Rosas E., Gómez Dantés O. & Garrido Latorre F. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev. Panam. Salud Pública*; 19(6): 394-402.
- Raimondo, R. (1980, 1981). Un estudio experimental sobre procesos diagnósticos médicos. *Informes de investigación CIIPME*, p. 155-159.
- Ramírez-Sánchez, T; Nájera-Aguilar, P. & Nigenda- López, G. (1998). Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: perspectivas de los usuarios. *Salud Pública de México*. Versión electrónica disponible en <http://redalyc.uaemec.mx>.
- Regner, E. (2001). Evaluación de la inteligencia emocional: su relación con las capacidades cognitivas y rasgos de personalidad. Tesis de Licenciatura. Universidad Adventista del Plata.

- Riveros, J. & Berné, C. (2006). Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción en hospitales públicos, *Revista Médica de Chile*, 135, 862-870.
- Rokeach, M. (1979). *Understanding Human Values, Individual and Societal*. New York: The Free Press.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of Human Values*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rousselet A. V. et al. (2008). La résistance au changement. *Annales Médico-Psychologies* 166: 741-746
- Rovere, M. (1993). *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96. Washington.
- Rubinstein A. (2006). *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2da Ed.
- Ruiz Moral, R. (2005). Estudio sobre el estilo comunicativo empleado por médicos residentes y los elementos que influyen para mejorarlo. SIIC Salud, www.siicsalud.com/des/des046/05n17010.htm. [Recuperado el 2 de Junio de 2005].
- Ryan, R.M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*; 63: 397-427.
- Saforcada, E. y cols. (2000). *El factor humano en la salud pública*. Ed. Proa XXI.
- Salud y cultura. (2008). [Recuperado de http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_sociolog_salud_2.htm, el 5 de Diciembre de 2009].
- Salud y Sociedad (2005). *Módulo 1 Posgrado en Salud Social y Comunitaria*. Plan Federal de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

- Sans Ortiz, J. (2002). ¿Qué es bueno para el enfermo? Medicina Clínica 01- 119: 18-22. Barcelona: España.
- Saube, R., Budó, M. (2006). Pedagogia interdisciplinar: "educare" (educação e cuidado) como objeto fronteiriço em saúde. Formato electrónico. www.scielo.br/scielo. [Fecha de acceso: 2 de Junio de 2006].
- Scheler, M. (1926). Ética. Nuevo ensayo de Fundamentación de un personalismo ético. 3ra. Ed. Buenos Aires: Revista de Occidente Argentina.
- Scheler, M. (1942). Esencia y formas de la simpatía. Buenos Aires: Losada S.A.
- Schön, D. (1998). El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan. Paidós: Barcelona.
- Schufer de Paikin, M. (1980, 1981). Algunos resultados experimentales de una investigación sobre la relación médico-paciente. Informes de investigación CIIPME, p. 1-11.
- Schufer de Paikin, M. (1981, 1982). Aspectos sociológicos de la relación médico-paciente. Informes de investigación CIIPME, p. 17-22.
- Schwartz, S. (1990). Individualism- collectivism: Critique and proposed refinements. *Journal of Cross- Cultural Psychology*, 21: 139-157.
- Schwartz, S. (1992). Universals in the content and Structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. Vol 5, 1-65. N.York Academic Press.
- Schwartz, S. (1994). Beyond individualism/collectivism: New cultural dimensions of values. Thousand Oak: Sage.
- Schwartz, S. (2001). Value Priorities and Behavior: Applying a Theory of Integrated Value Systems. *Psicod debate* 2: pp 119-144. Buenos Aires: Universidad de Palermo.

- SEMFyC (2008). La Medicina de Familia/ Valores profesionales. Recuperado de www.semfyc.es/es/informativo/valores_profesionales/
- Serrano del Rosal, R. & Loriente- Arín, N. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública de México*; 50:162-172.
- Serrano del Rosal, R., Vera-Toscano E. & Ateca-Amestoy V. (2008). What drives patient discontent? The effect of individual and market determinants, IESA Working Papers N°501.
- SIEMPRO-INDEC. (2001). La utilización de servicios de atención de la salud, Serie Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida, Buenos Aires.
- Soar Filho E.J. (1998). A interação médico-cliente. *Rev. Assoc. Med. Brasil*. Recuperado: <http://www.scielo.br/scielo.php?script> [Fecha de acceso: 15 de Noviembre de 2010]
- Souza Campos, G. (2006).Efecto Paideia y el cambio de los modelos de atención: reflexiones sobre la relación entre el sujeto y el mundo de la política y gestión en salud. Recuperado de: www.forosalud.org.pe/conferencia/Modelo_de_atencion.pdf [Fecha de acceso: 12 de Enero de 2010]
- SPSS for Windows 15.0. (2006). CIIPME.
- Stein, E. (2004). Sobre el problema de la empatía. Madrid: Plaza Edición.
- Subdirección de Epidemiología. (2009). Secretaría de Salud. Bahía Blanca.
- Szaz, T. & Hollender. (1987). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship in Encounters between patients and doctors edited by JD Stoeckle. The MIT Press, pp165-77.

- Sznadjer, A. (2006). Módulo 8: trabajo en equipo en salud. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Plan Federal de Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Tejada de Rivero, D. ((2003). Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud, Volumen 8, Número 1.
- Testa, M. (1997). Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Thorndike, E. (1920). Intelligence and its uses. Harpers Magazine. 140, 227-235.
- Tonon, G. (2003). Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome del burnout. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Tonon, G. (2009). Comunidad, participación y socialización política. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Valente, M. (2008). POBREZA-ARGENTINA: Angustias a la hora de comer. [Fecha de acceso: 14 de Noviembre de 2008]. www.ipsnoticias.net
- Vázquez-Barquero J. (1998). Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Grupo Aula Médica.
- Veatch, R. (1982). An ethical Framework for Hospital Ethical Comités. En Contemporary Issues on Bioethic, comp. Beauchamp & Walters. Walswoth. Publishing Company: California.
- Veatch, R. (1991). The Patient Physician Relation. Indiana University Press. USA: Bloomigton and Indianápolis, 1-90.
- Vega, Manuel de. (1998). Introducción a la Psicología Cognitiva. 9na. Reimpresión. Madrid: Alianza Editorial.
- Vidal y Benito, M. (2002). Acerca de la buena COMUNICACIÒN EN MEDICINA. Buenos Aires: CEMIC, p.7.

- Vieytes, R. (2004). Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad. 1ra. Ed. Buenos Aires: De las ciencias.
- Wasserman, R. & Inui T. (1983). Systematic analysis of clinician-patient interactions: Recent approaches with suggestions for future research. *Med Care* 1983; 21: 279-93.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, J. (1981). Teoría de la comunicación humana. Herder: Barcelona.
- Wolkenstein, P., Consoli, S., Roujeau, J.C. & Grob, J-J. (2002). La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale. *Ann Dermatol Venerol* 129:2S7-2S10.
- WONCA (2005). La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia. [PDF].
- Woods, D. (2005). Valores personales de la base. Article ser. Com.
- Zirkel, S. (2000). "Social Intelligence. The Development and Maintenance of Purpose Behavior" en *The Handbook of Emotional Intelligence*. Jossey- Bass.
- Zola, I.K. (1980). Structural constraints in the doctor patient relationship: the case of non-compliance in *The Relevance of social science for medicine* edited by L Eisenberg and A. Kleinman D. Reidel Publishing Company pp 241-52.
- Zukerfeld, R. & Zonis Zukerfeld R. (1999). Psicoanálisis, Tercera Tópica y Vulnerabilidad somática. Lugar Editorial.

ANEXO A: Escalas y Cuestionarios aplicados

Estimado Dr. /a:

Los siguientes cuestionarios forman parte de un trabajo de investigación que intenta estimar algunas características de la relación médico-paciente en salud pública, manifestadas durante la consulta. Los datos son confidenciales y serán presentados en porcentajes y por especialidad (médico clínico, ginecólogo, pediatra, de familia o generalista).

Agradezco su colaboración.

Lic. María Carlota Segonds
Psicóloga M.P. 00098

Fecha:...../...../...

Edad:

Profesión (especialidad):

Antigüedad de trabajo en Unidad Sanitaria Municipal: años; meses.

El siguiente cuestionario comprende varias clases de ítems que adoptan la forma de enunciados breves a los que debe evaluar según el grado de acuerdo o desacuerdo que Ud. juzgue. Elija la respuesta que considere que lo describe mejor a Ud o que representa su opinión o postura de vida. Marque con una X el número correspondiente a la categoría elegida. Incluso si cree que alguno de los enunciados no se aplican a Ud. o a su postura, trate de dar la respuesta que mejor indique su opinión o su modo de ser. Aunque alguno de los enunciados no le provean toda la información que le gustaría tener para poder responder, se le pide que dé la mejor respuesta posible. No hay respuestas acertadas o equivocadas, buenas o malas.

	<i>Escala de desacuerdo/acuerdo</i>				
	Muy en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Ni en acuerdo ni desacuerdo 3	De acuerdo 4	Muy de acuerdo 5
Soy incapaz de comprender como se sienten los demás.					
Puedo comprender bien como se sienten los demás.					
Mis amigos me pueden contar sus cosas íntimas					
Si viera a un niño que está llorando me detendría para encontrar sus padres, aunque en ese mismo momento tuviese que estar en otro lugar					
Soy sensible a los sentimientos de los demás.					
Me resulta muy duro ver sufrir a la gente.					
Evito herir los sentimientos de los demás.					
Me importa lo que pueda sucederle a los demás.					
Me resulta difícil comenzar cosas nuevas.					
Generalmente me resulta difícil realizar cambios.					
Me resulta muy difícil cambiar de opinión acerca de las cosas.					
Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.					

Puedo cambiar mis viejos hábitos.					
En general, me resulta difícil hacer cambios en mi vida diaria.					
Me resulta difícil cambiar mis costumbres.					
Me resultaría difícil adaptarme si me viera obligado a dejar mi casa.					

INSTRUCCIONES

Este Cuestionario contiene frases que expresan cosas que las personas consideran más o menos importantes en sus relaciones interpersonales o para su vida en general.

Su tarea consiste en leer atentamente las frases y marcar en cada una de ellas si Ud. la considera:

“Muy Importante”, “Importante”, “Poco importante” o “Nada importante”.

	PARA MÍ.....es:	Muy Importante 4	Importante 3	Poco Importante 2	Nada Importante 1
1.	Tener en cuenta el bienestar de los demás.				
2.	Que la gente aprecie lo que hago.				
3.	Poder ser independiente en mis tareas.				
4.	Ser generoso con los demás.				
5.	Hacer únicamente lo que está permitido.				
6.	Que los demás valoren lo que yo hago.				
7.	Ayudar a los pobres y necesitados.				
8.	Ser popular entre la gente.				
9.	Hacer lo que es socialmente correcto.				
10.	Tener libertad para hacer lo que quiero.				
11.	Cumplir con las leyes y normas al pie de la letra.				
12.	Saber que los demás están de acuerdo conmigo.				
13.	Saber que los demás se interesan por mis cosas.				
14.	Que las personas me demuestren su aprecio.				
15.	Ser considerado el líder de mi grupo.				
16.	Ayudar a los demás.				
17.	Poder hacer habitualmente lo que deseo.				
18.	Emplear parte de mi tiempo en hacer cosas para los demás.				
19.	En mi grupo ser el que toma las decisiones.				
20.	Que las personas me admiren.				
21.	Que la gente me comprenda.				
22.	Hacer aquello que es admitido como correcto y apropiado.				
23.	Ser libre para ir y venir adonde y cuando me plazca.				
24.	Tener gran influencia sobre los demás.				
25.	Cumplir con las normas sociales de conducta.				
26.	Dirigir a otros en sus tareas.				
27.	Compartir lo que tengo con los demás.				
28.	Que la gente me trate con comprensión.				
29.	Liderar el grupo del que forme parte.				
30.	Seguir normas estrictas de conducta.				
31.	Asumir cargos o tareas importantes.				
32.	Ser dueño de mis actos.				
33.	Ser famoso.				

34.	Contribuir a obras de ayuda social.				
35.	Recibir elogios de los demás.				
36.	Tener a otras personas en tareas bajo mi dirección.				
37.	Que la gente haga comentarios favorables sobre mí.				
38.	Codearme con personas muy conocidas, populares o famosas.				
39.	Ajustarme estrictamente a las reglas y normas.				
40.	Que la gente considere que soy muy importante.				
41.	Disponer de mis cosas en la forma que mejor me convenga.				
42.	Poder vivir mi vida como yo quiera.				

Cuestionario para usuarios servicios salud pública

Acepto contestar el siguiente cuestionario que será utilizado con fines científicos y respetando la confidencialidad de mis datos.

Sí No

Encuestador:.....

Consulta realizada a médico: Pediatra Clínico de Familia Ginecólogo

Nombre Encuestado:.....

Médico tratante:.....

Sexo: F M

Edad:..... Estudios: 1 2 3 4 Otros.....

SI En parte NO

1) ¿Pudo consultarle lo que más le preocupaba?

2) ¿Le preguntó que pensaba usted acerca de lo

Que le podía estar pasando?

3) ¿Entendió (usted) cuál es su problema?

4) ¿Tiene alguna dificultad para cumplir con las

Indicaciones del tratamiento? (Económica , familiar ,

Laboral , emocional , otras)

5) ¿Se lo dijo a su médico?

ANEXO B
TABLAS ESTADÍSTICAS

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1 Médicos encuestados por sexo	120
2 Médicos encuestados por grupos de edad	120
3 Médicos encuestados por especialidad	120
4 Médicos encuestados por antigüedad	120
5 Empatía de los médicos: Estadísticos descriptivos.....	121
6 Empatía de los médicos según sexo.....	121
7 Empatía de los médicos por grupos de edad.....	122
8 Empatía de los médicos según especialidad.....	123
9 Empatía de los médicos por antigüedad.....	124
10 Flexibilidad Yoica: Estadísticos descriptivos.....	125
11 Flexibilidad Yoica de los médicos según sexo.....	125
12 Flexibilidad Yoica de los médicos por grupos de edades.....	126
13 Flexibilidad Yoica de los médicos por especialidad.....	127
14 Flexibilidad Yoica de los médicos por antigüedad.....	128
15 Benevolencia: estadísticos descriptivos.....	129
16 Benevolencia según sexo de los médicos.....	129
17 Benevolencia según grupos de edades de los médicos.....	129
18 Benevolencia por especialidad de los médicos.....	130
19 Benevolencia por antigüedad de los médicos.....	132
20 Conformidad social: Estadísticos descriptivos.....	133
21 Conformidad social según sexo de los médicos.....	133
22 Conformidad social por grupos de edad de los médicos.....	134
23 Conformidad social por especialidad de los médicos I.....	135
24 Conformidad social por especialidad de los médicos II.....	136
25 Conformidad social por antigüedad de los médicos.....	137
26 Reconocimiento social: Estadísticos descriptivos.....	138
27 Reconocimiento social por sexo de los médicos.....	138
28 Reconocimiento social por grupos de edad de los médicos.....	139
29 Reconocimiento social por especialidad de los médicos.....	140
30 Reconocimiento social por antigüedad de los médicos.....	141
31 Estímulo-Ser aceptado: Estadísticos descriptivos.....	142
32 Estímulo-Ser aceptado según sexo de los médicos	142
33 Estímulo-Ser aceptado por grupos de edad de los médicos.....	143
34 Estímulo-Ser aceptado por especialidad de los médicos	144
35 Estímulo-Ser aceptado por antigüedad de los médicos	145
36 Independencia: Estadísticos descriptivos.....	146
37 Independencia según sexo de los médicos.....	146
38 Independencia por grupos de edades de los médicos.....	147
39 Independencia por especialidad de los médicos.....	148
40 Independencia por antigüedad de los médicos.....	149
41 Liderazgo: Estadísticos descriptivos.....	150
42 Liderazgo según sexo de los médicos.....	150
43 Liderazgo por grupos de edades de los médicos.....	151
44 Liderazgo por especialidad de los médicos.....	152
45 Liderazgo según antigüedad de los médicos.....	153

	<i>Página</i>
46 Pruebas de normalidad de las distribuciones de Empatía, Flexibilidad Yoica y Valores Interpersonales	153
47 Empatía y Flexibilidad Yoica de los médicos.....	154
48 Empatía, Flexibilidad Yoica y Valores Interpersonales: Correlaciones.....	154
49 Diferencias de los puntajes promedio de Empatía por sexo de los médicos.....	154
50 Diferencias de los puntajes promedio de Empatía por edad de los médicos.....	155
51 Diferencias de los puntajes promedio de Empatía por especialidad.....	155
52 Diferencias de los puntajes promedio de Flexibilidad Yoica según sexo.....	156
53 Diferencias de los puntajes promedio de Flexibilidad Yoica por edad.....	157
54 Diferencias de los puntajes promedio de Flexibilidad Yoica por especialidad....	157
55 Relación entre el sexo de los médicos y la combinación lineal de Empatía y Flexibilidad Yoica.....	158
56 Relación entre la edad de los médicos y la combinación lineal de Empatía y Flexibilidad	158
57 Relación entre el sexo de los médicos y la combinación lineal de Valores.....	158
58 Relación entre la edad de los médicos y la combinación lineal de Valores.....	159
59 Pacientes encuestados por sexo	159
60 Pacientes por sexo y edad: Estadísticos descriptivos.....	159
61 Pacientes por grupos de edades.....	159
62 Pacientes por sexo y grupos de edades.....	160
63 Pacientes según nivel educacional alcanzado	160
64 Pacientes según nivel educacional alcanzado II	160
65 Pacientes por sexo según nivel educacional alcanzado II	161
66 Pacientes por sexo y grupos de edades según nivel educacional alcanzado II.....	161
67 Posibilidad para el paciente de preguntar al médico sobre la propia preocupación	161
68 Interrogación del médico al paciente sobre su visión del problema de salud.....	161
69 Comprensión del problema por el paciente en base a diagnóstico y tratamiento ...	162
70 Dificultades para seguir el tratamiento indicado por el médico.....	162
71 Especialidad del médico e interrogación al paciente sobre sus dificultades.....	162
72 Comunicación al médico sobre las dificultades para seguir el tratamiento.....	163
73 Especialidad del médico y comunicación al médico sobre dificultades.....	163
74 Pacientes con dificultades para seguir el tratamiento según tipo de dificultad	163
75 Interrogación del médico al paciente sobre su visión por sexo de los pacientes ...	164
76 Interrogación del médico al paciente sobre su visión por edad de los pacientes ...	164
77 Interrogación del médico al paciente sobre su visión por especialidad del médico	165
78 Grado de satisfacción del paciente con la atención médica.....	165
79 Pacientes según sexo y satisfacción con la atención médica.....	166
80 Pacientes por grupos de edades y satisfacción con la atención médica.....	166
81 Pacientes por nivel educacional II y satisfacción con la atención médica.....	167
82 Pacientes según especialidad del médico tratante y satisfacción con la atención ...	168

1. Médicos encuestados por sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	24	45,3
	Varón	29	54,7
	Total	53	100,0

2. Médicos encuestados por grupos de edades

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	26 a 40 años	27	50,9
	41 a 65 años	26	49,1
	Total	53	100,0

3. Médicos encuestados por especialidad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Clínico	12	22,6
	Ginecólogo	8	15,1
	Pediatra	18	34,0
	Médico de Familia	10	18,9
	Generalista	5	9,4
	Total	53	100,0

4. Médicos encuestados por antigüedad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0 a 7 años	26	49,1
	8 a 30 años	27	50,9
	Total	53	100,0

5. Empatía de los médicos: Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Empatía	53	2,38	5,00	4,2264	,5531	1,078	,644
N válido (según lista)	53						

6. Empatía de los médicos según sexo

Descriptivos

SEXO			Estadístico	Error típ.	
Empatía	Mujer	Media	4,2760	8,997E-02	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4,0899	
			Límite superior	4,4622	
		Media recortada al 5%	4,2894		
		Mediana	4,3125		
		Varianza	,194		
		Desv. típ.	,4408		
		Mínimo	3,25		
		Máximo	5,00		
		Rango	1,75		
		Amplitud intercuartil	,6250		
		Asimetría	-,428	,472	
		Curtosis	-,024	,918	
Varón	Varón	Media	4,1853	,1181	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,9434	
			Límite superior	4,4273	
		Media recortada al 5%	4,2299		
		Mediana	4,2500		
		Varianza	,405		
		Desv. típ.	,6362		
		Mínimo	2,38		
		Máximo	5,00		
		Rango	2,63		
		Amplitud intercuartil	1,0000		
		Asimetría	-,905	,434	
		Curtosis	,747	,845	

7. Empatía de los médicos por grupos de edades

Descriptivos

GRUPOS DE EDADES			Estadístico	Error típ.		
Empatía	26 a 40 años	Media	4,2130	,1130		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,9807		
			Límite superior	4,4452		
		Media recortada al 5%	4,2675			
		Mediana	4,3750			
		Varianza	,345			
		Desv. típ.	,5871			
		Mínimo	2,38			
		Máximo	4,88			
		Rango	2,50			
		Amplitud intercuartil	,8750			
		Asimetría	-1,470	,448		
		Curtosis	2,371	,872		
		41 a 65 años		Media	4,2404	,1033
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4,0276
Límite superior	4,4531					
Media recortada al 5%	4,2553					
Mediana	4,2500					
Varianza	,277					
Desv. típ.	,5267					
Mínimo	3,13					
Máximo	5,00					
Rango	1,88					
Amplitud intercuartil	,9375					
Asimetría	-,102			,456		
Curtosis	-,764			,887		

8. Empatía de los médicos según especialidad

			Descriptivos		
ESPECIAL			Estadístico	Error típ.	
Empatía	Clínico	Media		4,2188	,1477
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,8937	
			Límite superior	4,5438	
		Media recortada al 5%		4,2222	
		Mediana		4,2500	
		Varianza		,262	
		Desv. típ.		,5116	
		Mínimo		3,50	
		Máximo		4,88	
		Rango		1,38	
		Amplitud intercuartil		1,0000	
		Asimetría		,034	,637
		Curtosis		-1,658	1,232
		Ginecólogo		Media	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			3,7136	
	Límite superior			4,5676	
Media recortada al 5%				4,1215	
Mediana				4,0625	
Varianza				,261	
Desv. típ.				,5108	
Mínimo				3,63	
Máximo				5,00	
Rango				1,38	
Amplitud intercuartil				,9688	
Asimetría				,751	,752
Curtosis				-,626	1,481
Pediatra				Media	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4,1184	
			Límite superior	4,5899	
		Media recortada al 5%		4,3866	
		Mediana		4,3750	
		Varianza		,225	
		Desv. típ.		,4741	
		Mínimo		3,13	
		Máximo		5,00	
		Rango		1,88	
		Amplitud intercuartil		,6875	
		Asimetría		-,794	,536
		Curtosis		1,326	1,038
		Médico de Familia		Media	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			4,2299	
	Límite superior			4,7201	
Media recortada al 5%				4,5069	
Mediana				4,5625	
Varianza				,117	
Desv. típ.				,3426	
Mínimo				3,63	
Máximo				4,75	
Rango				1,13	
Amplitud intercuartil				,4063	
Asimetría				-1,925	,687
Curtosis				4,262	1,334
Generalista				Media	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,5160	
			Límite superior	4,3340	
		Media recortada al 5%		3,4444	
		Mediana		3,2500	
		Varianza		,536	
		Desv. típ.		,7321	
		Mínimo		2,38	
		Máximo		4,13	
		Rango		1,75	
		Amplitud intercuartil		1,3125	
		Asimetría		-,512	,913
		Curtosis		-,612	2,000

9. Empatía de los médicos por antigüedad

Descriptivos

Antigüedad			Estadístico	Error típ.		
Empatía	0 a 7 años	Media	4,1154	,1209		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,8664		
			Límite superior	4,3643		
		Media recortada al 5%	4,1619			
		Mediana	4,3750			
		Varianza	,380			
		Desv. típ.	,6164			
		Mínimo	2,38			
		Máximo	4,88			
		Rango	2,50			
		Amplitud intercuartil	,9063			
		Asimetría	-1,123	,456		
		Curtosis	1,009	,887		
			8 a 30 años	Media	4,3333	9,075E-02
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4,1468
Límite superior	4,5199					
Media recortada al 5%	4,3408					
Mediana	4,2500					
Varianza	,222					
Desv. típ.	,4715					
Mínimo	3,50					
Máximo	5,00					
Rango	1,50					
Amplitud intercuartil	,7500					
Asimetría	-,077			,448		
Curtosis	-1,174			,872		

10. Flexibilidad yoica: Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Flexibilidad	53	2,25	5,00	3,5071	,6662	-,823	,644
N válido (según lista)	53						

11. Flexibilidad yoica de los médicos según sexo

Descriptivos

SEXO			Estadístico	Error típ.	
Flexibilidad	Mujer	Media	3,5990	,1387	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,3120	
			Límite superior	3,8860	
		Media recortada al 5%	3,5984		
		Mediana	3,6250		
		Varianza	,462		
		Desv. típ.	,6797		
		Mínimo	2,25		
		Máximo	5,00		
		Rango	2,75		
		Amplitud intercuartil	1,0313		
		Asimetría	-,126	,472	
		Curtosis	-,285	,918	
Varón	Varón	Media	3,4310	,1220	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,1812	
			Límite superior	3,6809	
		Media recortada al 5%	3,4164		
		Mediana	3,3750		
		Varianza	,431		
		Desv. típ.	,6569		
		Mínimo	2,38		
		Máximo	4,75		
		Rango	2,38		
		Amplitud intercuartil	1,2500		
		Asimetría	,253	,434	
		Curtosis	-1,086	,845	

12. Flexibilidad yoice de los médicos por grupos de edades

Descriptivos

GRUPOS DE EDADES			Estadístico	Error típ.	
Flexibilidad	26 a 40 años	Media	3,5972	,1280	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,3340	
			Límite superior	3,8604	
		Media recortada al 5%	3,6098		
		Mediana	3,7500		
		Varianza	,443		
		Desv. típ.	,6654		
		Mínimo	2,25		
		Máximo	4,75		
		Rango	2,50		
		Amplitud intercuartil	1,1250		
		Asimetría	-,400	,448	
		Curtosis	-,638	,872	
			41 a 65 años	Media	3,4135
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			3,1441	
	Límite superior			3,6828	
Media recortada al 5%	3,3809				
Mediana	3,3125				
Varianza	,445				
Desv. típ.	,6669				
Mínimo	2,50				
Máximo	5,00				
Rango	2,50				
Amplitud intercuartil	1,1563				
Asimetría	,594			,456	
Curtosis	-,356			,887	

13. Flexibilidad y oica de los médicos por especialidad

			Descriptivos		
ESPECIAL			Estadístico	Error típ.	
Flexibilidad	Clínico	Media		3,3854	,1900
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,9673	
			Límite superior	3,8036	
		Media recortada al 5%		3,3519	
		Mediana		3,3125	
		Varianza		,433	
		Desv. típ.		,6581	
		Mínimo		2,63	
		Máximo		4,75	
		Rango		2,13	
		Amplitud intercuartil		1,1563	
		Asimetría		,818	,637
		Curtosis		,103	1,232
Ginecólogo		Media		3,3281	,1783
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,9066	
			Límite superior	3,7496	
		Media recortada al 5%		3,3229	
		Mediana		3,2500	
		Varianza		,254	
		Desv. típ.		,5042	
		Mínimo		2,75	
		Máximo		4,00	
		Rango		1,25	
		Amplitud intercuartil		1,0938	
		Asimetría		,312	,752
		Curtosis		-1,449	1,481
Pediatra		Media		3,5556	,1595
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,2190	
			Límite superior	3,8921	
		Media recortada al 5%		3,5340	
		Mediana		3,6250	
		Varianza		,458	
		Desv. típ.		,6769	
		Mínimo		2,50	
		Máximo		5,00	
		Rango		2,50	
		Amplitud intercuartil		1,0313	
		Asimetría		,308	,536
		Curtosis		-,264	1,038
Médico de Familia		Media		3,9625	,1667
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,5854	
			Límite superior	4,3396	
		Media recortada al 5%		4,0000	
		Mediana		4,1250	
		Varianza		,278	
		Desv. típ.		,5272	
		Mínimo		2,75	
		Máximo		4,50	
		Rango		1,75	
		Amplitud intercuartil		,6875	
		Asimetría		-1,482	,687
		Curtosis		2,324	1,334
Generalista		Media		3,0000	,3469
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,0370	
			Límite superior	3,9630	
		Media recortada al 5%		2,9861	
		Mediana		2,7500	
		Varianza		,602	
		Desv. típ.		,7756	
		Mínimo		2,25	
		Máximo		4,00	
		Rango		1,75	
		Amplitud intercuartil		1,5000	
		Asimetría		,502	,913
		Curtosis		-2,385	2,000

14. Flexibilidad yoica de los médicos por antigüedad

Descriptivos

Antigüedad			Estadístico	Error típ.	
Flexibilidad	0 a 7 años	Media	3,6346	,1290	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,3690	
			Límite superior	3,9002	
		Media recortada al 5%	3,6512		
		Mediana	3,7500		
		Varianza	,432		
		Desv. típ.	,6576		
		Mínimo	2,25		
		Máximo	4,75		
		Rango	2,50		
		Amplitud intercuartil	1,1563		
		Asimetría	-,529	,456	
		Curtosis	-,410	,887	
			8 a 30 años	Media	3,3843
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			3,1219	
	Límite superior			3,6466	
Media recortada al 5%	3,3490				
Mediana	3,2500				
Varianza	,440				
Desv. típ.	,6632				
Mínimo	2,50				
Máximo	5,00				
Rango	2,50				
Amplitud intercuartil	1,2500				
Asimetría	,678			,448	
Curtosis	-,237			,872	

15. Benevolencia: Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Benevolencia	52	2,00	4,00	3,2308	,4727	-,414	,330
N válido (según lista)	52						

16. Benevolencia según sexo de los médicos

Descriptivos

SEXO			Estadístico	Error típ.
Benevolencia	Mujer	Media	3,2671	9,129E-02
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,0778
			Límite superior	3,4564
		Media recortada al 5%	3,2719	
		Mediana	3,1429	
		Varianza	,192	
		Desv. típ.	,4378	
		Mínimo	2,43	
		Máximo	4,00	
		Rango	1,57	
		Amplitud intercuartil	,7143	
		Asimetría	,187	,481
		Curtosis	-,977	,935
Varón	Varón	Media	3,2020	9,366E-02
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,0101
			Límite superior	3,3938
		Media recortada al 5%	3,2244	
		Mediana	3,2857	
		Varianza	,254	
		Desv. típ.	,5044	
		Mínimo	2,00	
		Máximo	4,00	
		Rango	2,00	
		Amplitud intercuartil	,7143	
		Asimetría	-,688	,434
		Curtosis	,059	,845

17. Benevolencia según grupos de edades de los médicos

			Descriptivos			
GRUPOS DE EDADES			Estadístico	Error típ.		
Benevolencia	26 a 40 años	Media	3,2381	,1023		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,0278		
			Límite superior	3,4484		
		Media recortada al 5%	3,2646			
		Mediana	3,2857			
		Varianza	,283			
		Desv. típ.	,5316			
		Mínimo	2,00			
		Máximo	4,00			
		Rango	2,00			
		Amplitud intercuartil	,5714			
		Asimetría	-,722	,448		
		Curtosis	-,011	,872		
			41 a 65 años	Media	3,2229	8,210E-02
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,0534
Límite superior	3,3923					
Media recortada al 5%	3,2175					
Mediana	3,1429					
Varianza	,169					
Desv. típ.	,4105					
Mínimo	2,57					
Máximo	4,00					
Rango	1,43					
Amplitud intercuartil	,5714					
Asimetría	,265			,464		
Curtosis	-,730			,902		

18. Benevolencia por especialidad de los médicos

Descriptivos

ESPECIAL			Estadístico	Error típ.		
Benevolencia	Clínico	Media	3,0833	,1017		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	2,8595 3,3072		
		Media recortada al 5%		3,0926		
		Mediana		3,1429		
		Varianza		,124		
		Desv. típ.		,3523		
		Mínimo		2,57		
		Máximo		3,43		
		Rango		,86		
		Amplitud intercuartil		,7857		
		Asimetría		-,600	,637	
		Curtosis		-1,302	1,232	
		Ginecológico		Media	3,3393	,1526
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	2,9785 3,7001
Media recortada al 5%				3,3452		
Mediana				3,3571		
Varianza				,186		
Desv. típ.				,4315		
Mínimo				2,71		
Máximo				3,86		
Rango				1,14		
Amplitud intercuartil				,7857		
Asimetría				-,064	,752	
Curtosis				-1,635	1,481	
Pediatra				Media	3,2941	,1057
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	3,0700 3,5182
		Media recortada al 5%		3,3030		
		Mediana		3,1429		
		Varianza		,190		
		Desv. típ.		,4359		
		Mínimo		2,43		
		Máximo		4,00		
		Rango		1,57		
		Amplitud intercuartil		,7857		
		Asimetría		,102	,550	
		Curtosis		-,601	1,063	
		Médico de Familia		Media	3,5857	8,371E-02
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	3,3964 3,7751
Media recortada al 5%				3,5873		
Mediana				3,5714		
Varianza				7,007E-02		
Desv. típ.				,2647		
Mínimo				3,14		
Máximo				4,00		
Rango				,86		
Amplitud intercuartil				,4643		
Asimetría				-,050	,687	
Curtosis				-,450	1,334	
Generalista				Media	2,4857	,1726
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	2,0065 2,9650
		Media recortada al 5%		2,4921		
		Mediana		2,7143		
		Varianza		,149		
		Desv. típ.		,3860		
		Mínimo		2,00		
		Máximo		2,86		
		Rango		,86		
		Amplitud intercuartil		,7143		
		Asimetría		-,578	,913	
		Curtosis		-2,708	2,000	

19. Benevolencia por antigüedad de los médicos

Descriptivos

Antigüedad			Estadístico	Error típ.	
Benevolencia	0 a 7 años	Media	3,2571	,1066	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,0372	
			Límite superior	3,4771	
		Media recortada al 5%	3,2857		
		Mediana	3,4286		
		Varianza	,284		
		Desv. típ.	,5329		
		Mínimo	2,00		
		Máximo	4,00		
		Rango	2,00		
		Amplitud intercuartil	,6429		
		Asimetría	-,819	,464	
		Curtosis	,258	,902	
			8 a 30 años	Media	3,2063
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			3,0410	
	Límite superior			3,3717	
Media recortada al 5%	3,1996				
Mediana	3,1429				
Varianza	,175				
Desv. típ.	,4181				
Mínimo	2,57				
Máximo	4,00				
Rango	1,43				
Amplitud intercuartil	,7143				
Asimetría	,220			,448	
Curtosis	-,785			,872	

20. Conformidad social: Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Conformidad Social	52	1,29	3,71	2,6456	,5718	-,036	,650
N válido (según lista)	52						

21. Conformidad social según sexo de los médicos

Descriptivos

	SEXO		Estadístico	Error típ.	
Conformidad Social	Mujer	Media	2,5031	,1304	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,2326	
			Límite superior	2,7736	
		Media recortada al 5%	2,5024		
		Mediana	2,4286		
		Varianza	,391		
		Desv. típ.	,6255		
		Mínimo	1,29		
		Máximo	3,71		
		Rango	2,43		
		Amplitud intercuartil	,8571		
		Asimetría	,219	,481	
		Curtosis	-,254	,935	
			Varón	Media	2,7586
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			2,5653	
	Límite superior			2,9519	
Media recortada al 5%	2,7720				
Mediana	2,7143				
Varianza	,258				
Desv. típ.	,5081				
Mínimo	1,43				
Máximo	3,71				
Rango	2,29				
Amplitud intercuartil	,7143				
Asimetría	-,187			,434	
Curtosis	,859			,845	

22. Conformidad social por edad de los médicos

			Descriptivos			
GRUPOS DE EDADES			Estadístico	Error típ.		
Conformidad Social	26 a 40 años	Media	2,5608	,1067		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,3415		
			Límite superior	2,7802		
		Media recortada al 5%	2,5697			
		Mediana	2,4286			
		Varianza	,308			
		Desv. típ.	,5546			
		Mínimo	1,29			
		Máximo	3,71			
		Rango	2,43			
		Amplitud intercuartil	,7143			
		Asimetría	-,182	,448		
		Curtosis	,481	,872		
			41 a 65 años	Media	2,7371	,1174
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,4948
Límite superior	2,9795					
Media recortada al 5%	2,7460					
Mediana	2,7143					
Varianza	,345					
Desv. típ.	,5871					
Mínimo	1,57					
Máximo	3,71					
Rango	2,14					
Amplitud intercuartil	,7143					
Asimetría	-,070			,464		
Curtosis	-,343			,902		

23. Conformidad social por especialidad de los médicos I

			Descriptivos			
ESPECIAL				Estadístico	Error típ.	
Conformidad Social	Clínico	Media		2,7857	,1105	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,5425		
			Límite superior	3,0290		
		Media recortada al 5%		2,7778		
		Mediana		2,7143		
		Varianza		,147		
		Desv. típ.		,3828		
		Mínimo		2,14		
		Máximo		3,57		
		Rango		1,43		
		Amplitud intercuartil		,5357		
		Asimetría		,476	,637	
		Curtosis		,435	1,232	
		Ginecólogo		Media		2,8036
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			2,0484		
	Límite superior			3,5588		
Media recortada al 5%				2,8294		
Mediana				2,8571		
Varianza				,816		
Desv. típ.				,9033		
Mínimo				1,43		
Máximo				3,71		
Rango				2,29		
Amplitud intercuartil				1,8214		
Asimetría				-,646	,752	
Curtosis				-,984	1,481	
Pediatra				Media		2,5798
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,2765		
			Límite superior	2,8832		
		Media recortada al 5%		2,5649		
		Mediana		2,4286		
		Varianza		,348		
		Desv. típ.		,5900		
		Mínimo		1,71		
		Máximo		3,71		
		Rango		2,00		
		Amplitud intercuartil		1,0000		
		Asimetría		,393	,550	
		Curtosis		-,887	1,063	
		Médico de Familia		Media		2,5000
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			2,1139		
	Límite superior			2,8861		
Media recortada al 5%				2,5159		
Mediana				2,5714		
Varianza				,291		
Desv. típ.				,5398		
Mínimo				1,29		
Máximo				3,43		
Rango				2,14		
Amplitud intercuartil				,4643		
Asimetría				-,842	,687	
Curtosis				3,219	1,334	
Generalista				Media		2,5714
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,1748		
			Límite superior	2,9681		
		Media recortada al 5%		2,5476		
		Mediana		2,4286		
		Varianza		,102		
		Desv. típ.		,3194		
		Mínimo		2,43		
		Máximo		3,14		
		Rango		,71		
		Amplitud intercuartil		,3571		
		Asimetría		2,236	,913	
		Curtosis		5,000	2,000	

24. Conformidad social por especialidad de los médicos II

		Descriptivos		Estadístico	Error típ.
ESPECIA2					
Conformidad Social	Clínico	Media		2,7857	,1105
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,5425	
			Límite superior	3,0290	
		Media recortada al 5%		2,7778	
		Mediana		2,7143	
		Varianza		,147	
		Desv. típ.		,3828	
		Mínimo		2,14	
		Máximo		3,57	
		Rango		1,43	
		Amplitud intercuartil		,5357	
		Asimetría		,476	,637
		Curtosis		,435	1,232
		Ginecólogo		Media	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			2,0484	
	Límite superior			3,5588	
Media recortada al 5%				2,8294	
Mediana				2,8571	
Varianza				,816	
Desv. típ.				,9033	
Mínimo				1,43	
Máximo				3,71	
Rango				2,29	
Amplitud intercuartil				1,8214	
Asimetría				-,646	,752
Curtosis				-,984	1,481
Pediatra				Media	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,2765	
			Límite superior	2,8832	
		Media recortada al 5%		2,5649	
		Mediana		2,4286	
		Varianza		,348	
		Desv. típ.		,5900	
		Mínimo		1,71	
		Máximo		3,71	
		Rango		2,00	
		Amplitud intercuartil		1,0000	
		Asimetría		,393	,550
		Curtosis		-,887	1,063
		Médico de Familia y generalista		Media	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			2,2654	
	Límite superior			2,7822	
Media recortada al 5%				2,5423	
Mediana				2,4286	
Varianza				,218	
Desv. típ.				,4666	
Mínimo				1,29	
Máximo				3,43	
Rango				2,14	
Amplitud intercuartil				,2857	
Asimetría				-,736	,580
Curtosis				3,622	1,121

25. Conformidad social por antigüedad de los médicos

Descriptivos

Antigüedad			Estadístico	Error típ.			
Conformidad Social	0 a 7 años	Media	2,5829	,1206			
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,3339			
			Límite superior	2,8318			
		Media recortada al 5%	2,5921				
		Mediana	2,5714				
		Varianza	,364				
		Desv. típ.	,6032				
		Mínimo	1,29				
		Máximo	3,71				
		Rango	2,43				
		Amplitud intercuartil	,7857				
		Asimetría	-,133	,464			
		Curtosis	,078	,902			
			8 a 30 años	Media	2,7037	,1051	
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,4877	
					Límite superior	2,9197	
Media recortada al 5%	2,7084						
Mediana	2,7143						
Varianza	,298						
Desv. típ.	,5460						
Mínimo	1,57						
Máximo	3,71						
Rango	2,14						
Amplitud intercuartil	,7143						
Asimetría	,030			,448			
Curtosis	-,071			,872			

26. Reconocimiento social: Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Reconocimiento social	51	1,00	2,71	1,7675	,4257	,387	,333
N válido (según lista)	51						

27. Reconocimiento social por sexo de los médicos

Descriptivos

		SEXO		Estadístico	Error típ.
Reconocimiento social	Mujer	Media		1,6894	6,760E-02
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,5492	
			Límite superior	1,8296	
		Media recortada al 5%		1,6867	
		Mediana		1,7143	
		Varianza		,105	
		Desv. típ.		,3242	
		Mínimo		1,14	
		Máximo		2,29	
		Rango		1,14	
		Amplitud intercuartil		,2857	
		Asimetría		,082	,481
		Curtosis		-,352	,935
		Reconocimiento social	Varón	Media	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			1,6415	
	Límite superior			2,0218	
Media recortada al 5%				1,8288	
Mediana				1,7857	
Varianza				,240	
Desv. típ.				,4904	
Mínimo				1,00	
Máximo				2,71	
Rango				1,71	
Amplitud intercuartil				,6786	
Asimetría				,228	,441
Curtosis				-,660	,858

28. Reconocimiento social por edad de los médicos

				Descriptivos				
GRUPOS DE EDADES			Estadístico	Error típ.				
Reconocimiento social	26 a 40 años	Media		1,7937	7,973E-02			
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior		1,6298			
			Límite superior		1,9575			
		Media recortada al 5%			1,7866			
		Mediana			1,7143			
		Varianza			,172			
		Desv. típ.			,4143			
		Mínimo			1,00			
		Máximo			2,71			
		Rango			1,71			
		Amplitud intercuartil			,4286			
		Asimetría			,245	,448		
		Curtosis			,067	,872		
			41 a 65 años	Media		1,7381	9,087E-02	
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior		1,5501	
Límite superior					1,9261			
Media recortada al 5%					1,7249			
Mediana					1,6429			
Varianza					,198			
Desv. típ.					,4452			
Mínimo					1,00			
Máximo					2,71			
Rango					1,71			
Amplitud intercuartil					,6071			
Asimetría					,574	,472		
Curtosis					-,128	,918		

29. Reconocimiento social por especialidad de los médicos

		Descriptivos					
ESPECIAL				Estadístico	Error típ.		
Reconocimiento social	Clínico	Media		2,0833	,1159		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,8282			
			Límite superior	2,3385			
		Media recortada al 5%		2,0847			
		Mediana		2,1429			
		Varianza		,161			
		Desv. típ.		,4016			
		Mínimo		1,43			
		Máximo		2,71			
		Rango		1,29			
		Amplitud intercuartil		,6429			
		Asimetría		-,106	,637		
		Curtosis		-,948	1,232		
		Ginecólogo		Media		1,5357	,1343
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,2181	
					Límite superior	1,8533	
				Media recortada al 5%		1,5238	
				Mediana		1,5714	
				Varianza		,144	
Desv. típ.				,3799			
Mínimo				1,00			
Máximo				2,29			
Rango				1,29			
Amplitud intercuartil				,3929			
Asimetría				,843	,752		
Curtosis				1,810	1,481		
Pediatra				Media		1,6339	6,646E-02
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,4923	
					Límite superior	1,7756	
				Media recortada al 5%		1,6409	
				Mediana		1,7143	
				Varianza		7,066E-02	
		Desv. típ.		,2658			
		Mínimo		1,14			
		Máximo		2,00			
		Rango		,86			
		Amplitud intercuartil		,3571			
		Asimetría		-,668	,564		
		Curtosis		-,238	1,091		
		Médico de Familia		Media		1,5571	,1136
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,3002	
					Límite superior	1,8141	
				Media recortada al 5%		1,5556	
				Mediana		1,5714	
				Varianza		,129	
Desv. típ.				,3592			
Mínimo				1,00			
Máximo				2,14			
Rango				1,14			
Amplitud intercuartil				,5357			
Asimetría				,088	,687		
Curtosis				-,552	1,334		
Generalista				Media		2,2286	,1784
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,7332	
					Límite superior	2,7240	
				Media recortada al 5%		2,2222	
				Mediana		2,1429	
				Varianza		,159	
		Desv. típ.		,3990			
		Mínimo		1,86			
		Máximo		2,71			
		Rango		,86			
		Amplitud intercuartil		,7857			
		Asimetría		,340	,913		
		Curtosis		-2,692	2,000		

30. Reconocimiento social por antigüedad de los médicos

				Descriptivos				
antigüedad codificada			Estadístico	Error típ.				
Reconocimiento social	0 a 7 años	Media		1,7024	7,443E-02			
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior		1,5484			
			Límite superior		1,8563			
		Media recortada al 5%			1,6958			
		Mediana			1,7143			
		Varianza			,133			
		Desv. típ.			,3646			
		Mínimo			1,00			
		Máximo			2,57			
		Rango			1,57			
		Amplitud intercuartil			,5000			
		Asimetría			,204	,472		
		Curtosis			,205	,918		
			8 a 30 años	Media		1,8254	9,097E-02	
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior		1,6384	
Límite superior					2,0124			
Media recortada al 5%					1,8198			
Mediana					1,7143			
Varianza					,223			
Desv. típ.					,4727			
Mínimo					1,00			
Máximo					2,71			
Rango					1,71			
Amplitud intercuartil					,7143			
Asimetría					,321	,448		
Curtosis					-,578	,872		

31. Estímulo-Ser aceptado: Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Estímulo, ser aceptado	52	2,00	4,00	2,9038	,4018	,080	,330
N válido (según lista)	52						

32. Estímulo-Ser aceptado según sexo de los médicos

		Descriptivos		Estadístico	Error típ.
SEXO					
Estímulo, ser aceptado	Mujer	Media		2,9193	7,717E-02
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,7592	
			Límite superior	3,0793	
		Media recortada al 5%		2,9320	
		Mediana		2,8571	
		Varianza		,137	
		Desv. típ.		,3701	
		Mínimo		2,00	
		Máximo		3,57	
		Rango		1,57	
		Amplitud intercuartil		,5714	
		Asimetría		-,305	,481
		Curtosis		,316	,935
Varón	Varón	Media		2,8916	8,010E-02
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,7275	
			Límite superior	3,0557	
		Media recortada al 5%		2,8766	
		Mediana		2,8571	
		Varianza		,186	
		Desv. típ.		,4314	
		Mínimo		2,14	
		Máximo		4,00	
		Rango		1,86	
		Amplitud intercuartil		,3571	
		Asimetría		,295	,434
		Curtosis		,853	,845

33. Estímulo-Ser aceptado por edad de los médicos

Descriptivos

GRUPOS DE EDADES			Estadístico	Error típ.		
Estímulo, ser aceptado	26 a 40 años	Media	2,9259	7,209E-02		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,7778		
			Límite superior	3,0741		
		Media recortada al 5%	2,9297			
		Mediana	2,8571			
		Varianza	,140			
		Desv. típ.	,3746			
		Mínimo	2,14			
		Máximo	3,71			
		Rango	1,57			
		Amplitud intercuartil	,4286			
		Asimetría	-,033	,448		
		Curtosis	,211	,872		
			41 a 65 años	Media	2,8800	8,716E-02
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,7001
Límite superior	3,0599					
Media recortada al 5%	2,8698					
Mediana	2,8571					
Varianza	,190					
Desv. típ.	,4358					
Mínimo	2,00					
Máximo	4,00					
Rango	2,00					
Amplitud intercuartil	,5000					
Asimetría	,208			,464		
Curtosis	1,018			,902		

34. Estímulo-Ser aceptado por especialidad de los médicos

				Descriptivos	
ESPECIAL				Estadístico	Error típ.
Estímulo, ser aceptado	Clínico	Media		2,9643	6,839E-02
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,8138	
			Límite superior	3,1148	
		Media recortada al 5%		2,9683	
		Mediana		3,0000	
		Varianza		5,612E-02	
		Desv. típ.		,2369	
		Mínimo		2,43	
		Máximo		3,43	
		Rango		1,00	
		Amplitud intercuartil		,2500	
		Asimetría		-,386	,637
		Curtosis		2,540	1,232
		Ginecólogo		Media	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			2,4119	
	Límite superior			3,3738	
Media recortada al 5%				2,8889	
Mediana				3,0000	
Varianza				,331	
Desv. típ.				,5752	
Mínimo				2,14	
Máximo				3,71	
Rango				1,57	
Amplitud intercuartil				1,1071	
Asimetría				,125	,752
Curtosis				-1,248	1,481
Pediatra				Media	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,6814	
			Límite superior	3,2009	
		Media recortada al 5%		2,9346	
		Mediana		2,8571	
		Varianza		,255	
		Desv. típ.		,5052	
		Mínimo		2,00	
		Máximo		4,00	
		Rango		2,00	
		Amplitud intercuartil		,7143	
		Asimetría		,021	,550
		Curtosis		,072	1,063
		Médico de Familia		Media	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			2,7060	
	Límite superior			2,9225	
Media recortada al 5%				2,8175	
Mediana				2,7857	
Varianza				2,290E-02	
Desv. típ.				,1513	
Mínimo				2,57	
Máximo				3,00	
Rango				,43	
Amplitud intercuartil				,2857	
Asimetría				,042	,687
Curtosis				-1,238	1,334
Generalista				Media	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,2621	
			Límite superior	3,3951	
		Media recortada al 5%		2,8333	
		Mediana		2,8571	
		Varianza		,208	
		Desv. típ.		,4562	
		Mínimo		2,14	
		Máximo		3,43	
		Rango		1,29	
		Amplitud intercuartil		,6429	
		Asimetría		-,467	,913
		Curtosis		2,116	2,000

35. Estímulo-Ser aceptado por antigüedad de los médicos

Descriptivos

Antigüedad			Estadístico	Error típ.	
Estímulo, ser aceptado	0 a 7 años	Media	2,8971	8,632E-02	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,7190	
			Límite superior	3,0753	
		Media recortada al 5%	2,8952		
		Mediana	2,8571		
		Varianza	,186		
		Desv. típ.	,4316		
		Mínimo	2,14		
		Máximo	3,71		
		Rango	1,57		
		Amplitud intercuartil	,5714		
		Asimetría	-,016	,464	
		Curtosis	-,433	,902	
			8 a 30 años	Media	2,9101
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			2,7596	
	Límite superior			3,0605	
Media recortada al 5%	2,9042				
Mediana	2,8571				
Varianza	,145				
Desv. típ.	,3803				
Mínimo	2,00				
Máximo	4,00				
Rango	2,00				
Amplitud intercuartil	,1429				
Asimetría	,229			,448	
Curtosis	2,386			,872	

36. Independencia: Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Independencia	52	2,29	4,00	3,3489	,3965	-,062	,650
N válido (según lista)	52						

37. Independencia según sexo de los médicos

Descriptivos

SEXO		Estadístico	Error típ.
Independencia	Mujer	Media	3,3230
		Intervalo de confianza para la media al 95%	8,291E-02
		Límite inferior	3,1510
		Límite superior	3,4949
		Media recortada al 5%	3,3420
		Mediana	3,4286
		Varianza	,158
		Desv. típ.	,3976
		Mínimo	2,29
		Máximo	4,00
		Rango	1,71
		Amplitud intercuartil	,4286
		Asimetría	-,932
	Curtosis	1,269	,935
Varón		Media	3,3695
		Intervalo de confianza para la media al 95%	7,453E-02
		Límite inferior	3,2168
		Límite superior	3,5221
		Media recortada al 5%	3,3763
		Mediana	3,2857
		Varianza	,161
		Desv. típ.	,4014
		Mínimo	2,57
		Máximo	4,00
		Rango	1,43
		Amplitud intercuartil	,6429
		Asimetría	-,093
	Curtosis	-,986	,845

38. Independencia por grupos de edades de los médicos

			Descriptivos			
GRUPOS DE EDADES			Estadístico	Error típ.		
Independencia	26 a 40 años	Media	3,4392	5,223E-02		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,3318		
			Límite superior	3,5465		
		Media recortada al 5%	3,4345			
		Mediana	3,4286			
		Varianza	7,367E-02			
		Desv. típ.	,2714			
		Mínimo	3,00			
		Máximo	4,00			
		Rango	1,00			
		Amplitud intercuartil	,2857			
		Asimetría	,322	,448		
		Curtosis	-,601	,872		
			41 a 65 años	Media	3,2514	9,699E-02
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,0513
Límite superior	3,4516					
Media recortada al 5%	3,2603					
Mediana	3,2857					
Varianza	,235					
Desv. típ.	,4849					
Mínimo	2,29					
Máximo	4,00					
Rango	1,71					
Amplitud intercuartil	,8571					
Asimetría	-,137			,464		
Curtosis	-,921			,902		

39. Independencia por especialidad de los médicos

		Descriptivos			
ESPECIALIDAD			Estadístico	Error típ.	
Independencia	Clínico	Media		3,4167	,1017
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,1928	
			Límite superior	3,6405	
		Media recortada al 5%		3,4233	
		Mediana		3,3571	
		Varianza		,124	
		Desv. típ.		,3523	
		Mínimo		2,86	
		Máximo		3,86	
		Rango		1,00	
		Amplitud intercuartil		,6786	
		Asimetría		-,016	,637
		Curtosis		-1,362	1,232
		Ginecólogo		Media	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			3,0805	
	Límite superior			3,9552	
Media recortada al 5%				3,5437	
Mediana				3,5714	
Varianza				,274	
Desv. típ.				,5232	
Mínimo				2,57	
Máximo				4,00	
Rango				1,43	
Amplitud intercuartil				,8929	
Asimetría				-,857	,752
Curtosis				-,149	1,481
Pediatra				Media	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,9679	
			Límite superior	3,3851	
		Media recortada al 5%		3,1961	
		Mediana		3,2857	
		Varianza		,165	
		Desv. típ.		,4057	
		Mínimo		2,29	
		Máximo		3,71	
		Rango		1,43	
		Amplitud intercuartil		,7143	
		Asimetría		-,827	,550
		Curtosis		-,193	1,063
		Médico de Familia		Media	
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			3,1951	
	Límite superior			3,6906	
Media recortada al 5%				3,4444	
Mediana				3,5000	
Varianza				,120	
Desv. típ.				,3463	
Mínimo				3,00	
Máximo				3,86	
Rango				,86	
Amplitud intercuartil				,6429	
Asimetría				-,145	,687
Curtosis				-1,864	1,334
Generalista				Media	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,0830	
			Límite superior	3,5456	
		Media recortada al 5%		3,3095	
		Mediana		3,2857	
		Varianza		3,469E-02	
		Desv. típ.		,1863	
		Mínimo		3,14	
		Máximo		3,57	
		Rango		,43	
		Amplitud intercuartil		,3571	
		Asimetría		,541	,913
		Curtosis		-1,488	2,000

40. Independencia por antigüedad de los médicos

Descriptivos

		Antigüedad		Estadístico	Error típ.		
Independencia	0 a 7 años	Media		3,3943	6,188E-02		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,2666			
			Límite superior	3,5220			
		Media recortada al 5%		3,3984			
		Mediana		3,4286			
		Varianza		9,571E-02			
		Desv. típ.		,3094			
		Mínimo		2,71			
		Máximo		4,00			
		Rango		1,29			
		Amplitud intercuartil		,4286			
		Asimetría		-,145	,464		
		Curtosis		,020	,902		
			8 a 30 años	Media		3,3069	8,948E-02
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3,1230	
Límite superior	3,4908						
Media recortada al 5%				3,3210			
Mediana				3,2857			
Varianza				,216			
Desv. típ.				,4649			
Mínimo				2,29			
Máximo				4,00			
Rango				1,71			
Amplitud intercuartil				,7143			
Asimetría				-,345	,448		
Curtosis				-,581	,872		

41. Liderazgo: Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Liderazgo	52	1,00	3,57	2,2115	,5924	,069	,330
N válido (según lista)	52						

42. Liderazgo según sexo de los médicos

Descriptivos

SEXO		Estadístico	Error típ.		
Liderazgo	Mujer	Media	2,1056	,1052	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,8874	
			Límite superior	2,3238	
		Media recortada al 5%	2,1153		
		Mediana	2,0000		
		Varianza	,255		
		Desv. típ.	,5046		
		Mínimo	1,00		
		Máximo	3,00		
		Rango	2,00		
		Amplitud intercuartil	,4286		
		Asimetría	,060	,481	
		Curtosis	,174	,935	
Varón		Media	2,2956	,1207	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,0483	
			Límite superior	2,5429	
		Media recortada al 5%	2,2887		
		Mediana	2,2857		
		Varianza	,423		
		Desv. típ.	,6501		
		Mínimo	1,14		
		Máximo	3,57		
		Rango	2,43		
		Amplitud intercuartil	1,0000		
		Asimetría	-,090	,434	
		Curtosis	-,654	,845	

43. Liderazgo por grupos de edades de los médicos

Descriptivos

GRUPOS DE EDADES			Estadístico	Error típ.		
Liderazgo	26 a 40 años	Media	2,1852	,1125		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,9539		
			Límite superior	2,4165		
		Media recortada al 5%	2,1723			
		Mediana	2,1429			
		Varianza	,342			
		Desv. típ.	,5848			
		Mínimo	1,14			
		Máximo	3,57			
		Rango	2,43			
		Amplitud intercuartil	,7143			
		Asimetría	,206	,448		
		Curtosis	,013	,872		
			41 a 65 años	Media	2,2400	,1223
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,9877
Límite superior	2,4923					
Media recortada al 5%	2,2444					
Mediana	2,1429					
Varianza	,374					
Desv. típ.	,6113					
Mínimo	1,00					
Máximo	3,43					
Rango	2,43					
Amplitud intercuartil	1,0000					
Asimetría	-,069			,464		
Curtosis	-,617			,902		

44. Liderazgo por especialidad de los médicos

Descriptivos

ESPECIAL			Estadístico	Error típ.		
Liderazgo	Clínico	Media	2,4048	,1571		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	2,0590 2,7506		
		Media recortada al 5%		2,3704		
		Mediana		2,2143		
		Varianza		,296		
		Desv. típ.		,5443		
		Mínimo		1,86		
		Máximo		3,57		
		Rango		1,71		
		Amplitud intercuartil		,9286		
		Asimetría		,899	,637	
		Curtosis		,162	1,232	
		Ginecológo		Media	2,4107	,2539
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	1,8104 3,0111
Media recortada al 5%				2,4087		
Mediana				2,5000		
Varianza				,516		
Desv. típ.				,7181		
Mínimo				1,43		
Máximo				3,43		
Rango				2,00		
Amplitud intercuartil				1,2143		
Asimetría				-,019	,752	
Curtosis				-1,627	1,481	
Pediatra				Media	2,1849	,1390
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	1,8902 2,4796
		Media recortada al 5%		2,2054		
		Mediana		2,1429		
		Varianza		,328		
		Desv. típ.		,5731		
		Mínimo		1,00		
		Máximo		3,00		
		Rango		2,00		
		Amplitud intercuartil		,7857		
		Asimetría		-,369	,550	
		Curtosis		-,255	1,063	
		Médico de Familia		Media	2,0000	,1608
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	1,6363 2,3637
Media recortada al 5%				2,0000		
Mediana				2,0714		
Varianza				,259		
Desv. típ.				,5084		
Mínimo				1,29		
Máximo				2,71		
Rango				1,43		
Amplitud intercuartil				1,0357		
Asimetría				-,388	,687	
Curtosis				-1,197	1,334	
Generalista				Media	1,9429	,3051
				Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	1,0959 2,7898
		Media recortada al 5%		1,9365		
		Mediana		2,0000		
		Varianza		,465		
		Desv. típ.		,6821		
		Mínimo		1,14		
		Máximo		2,86		
		Rango		1,71		
		Amplitud intercuartil		1,2857		
		Asimetría		,206	,913	
		Curtosis		-1,117	2,000	

45. Liderazgo según antigüedad de los médicos

		Descriptivos			
Antigüedad			Estadístico	Error típ.	
Liderazgo	0 a 7 años	Media	2,1086	,1057	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,8904	
			Límite superior	2,3268	
		Media recortada al 5%	2,1127		
		Mediana	2,0000		
		Varianza	,279		
		Desv. típ.	,5286		
		Mínimo	1,14		
		Máximo	3,00		
		Rango	1,86		
		Amplitud intercuartil	,7143		
		Asimetría	-,121	,464	
		Curtosis	-,734	,902	
			8 a 30 años	Media	2,3069
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			2,0533	
	Límite superior			2,5604	
Media recortada al 5%	2,3072				
Mediana	2,2857				
Varianza	,411				
Desv. típ.	,6410				
Mínimo	1,00				
Máximo	3,57				
Rango	2,57				
Amplitud intercuartil	1,0000				
Asimetría	,019			,448	
Curtosis	-,426			,872	

46. Pruebas de normalidad de las distribuciones de Empatía, Flexibilidad Yoica y Valores Interpersonales

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		EMPATÍA	FLEXIBILIDAD	BENEVOL ENCIA	CONFORMID AD SOCIAL	RECONOCIMI ENTO SOCIAL	ESTIMULO	INDEPEN DENCIA	LIDERAZGO
N		53	53	52	52	51	52	52	52
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	4,2287	3,5094	3,2306	2,6454	1,7669	2,9038	3,3490	2,2121
	Std. Deviation	,55286	,66615	,47352	,57086	,42542	,40222	,39652	,59204
Most Extreme Differences	Absolute	,119	,099	,105	,094	,141	,136	,095	,088
	Positive	,081	,099	,095	,091	,141	,136	,059	,087
	Negative	-,119	-,081	-,105	-,094	-,086	-,130	-,095	-,088
Kolmogorov-Smirnov Z		,867	,717	,761	,676	1,010	,983	,683	,637
Asymp. Sig. (2-tailed)		,439	,682	,609	,751	,260	,289	,740	,812

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

47. Empatía y Flexibilidad Yoica de los médicos

Correlaciones

	Empatía	Flexibilidad
Empatía	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	
Flexibilidad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,480** ,000 53

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

48. Empatía, Flexibilidad Yoica y Valores Interpersonales: Correlaciones

Correlaciones

	Empatía	Flexibilidad	Benevolencia	Conformidad Social	Reconocimiento social	Estímulo, ser aceptado	Independencia	Liderazgo
Empatía	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N							
Flexibilidad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,480** ,000 53						
Benevolencia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,553** ,000 52	,250 ,074 52					
Conformidad Social	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,315* ,023 52	,086 ,543 52	,304* ,028 52				
Reconocimiento social	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,226 ,111 51	-,120 ,401 51	-,412** ,003 51	,189 ,184 51			
Estímulo, ser aceptado	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,260 ,063 52	-,135 ,338 52	-,401** ,003 52	,577** ,000 52	,140 ,326 51		
Independencia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,188 ,182 52	,020 ,885 52	,126 ,375 52	,330* ,017 52	,137 ,338 51	,265 ,058 52	
Liderazgo	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,098 ,491 52	-,101 ,476 52	,162 ,250 52	,161 ,255 52	,460** ,001 51	,170 ,230 52	,380** ,005 52

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

49. Diferencias en los puntajes promedio de Empatía por sexo de los médicos

Descriptivos

Empatía

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Mujer	24	4,2760	,4408	8,997E-02	4,0899	4,4622	3,25	5,00
Varón	29	4,1853	,6362	,1181	3,9434	4,4273	2,38	5,00
Total	53	4,2264	,5531	7,597E-02	4,0740	4,3789	2,38	5,00

Prueba de homogeneidad de varianzas

Empatía

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
3,137	1	51	,082

ANOVA

Empatía					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,108	1	,108	,349	,557
Intra-grupos	15,800	51	,310		
Total	15,908	52			

50. Diferencias en los puntajes promedio de Empatía según edad de los médicos

Descriptivos

Empatía								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
26 a 40 años	27	4,2130	,5871	,1130	3,9807	4,4452	2,38	4,88
41 a 65 años	26	4,2404	,5267	,1033	4,0276	4,4531	3,13	5,00
Total	53	4,2264	,5531	7,597E-02	4,0740	4,3789	2,38	5,00

Prueba de homogeneidad de varianzas

Empatía				
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.	
,124	1	51	,726	

ANOVA

Empatía					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	9,960E-03	1	9,960E-03	,032	,859
Intra-grupos	15,898	51	,312		
Total	15,908	52			

51. Diferencias en los puntajes promedio de Empatía por especialidad de los médicos

Descriptivos

Empatía								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Clínico	12	4,2188	,5116	,1477	3,8937	4,5438	3,50	4,88
Ginecólogo	8	4,1406	,5108	,1806	3,7136	4,5676	3,63	5,00
Pediatra	18	4,3542	,4741	,1117	4,1184	4,5899	3,13	5,00
Médico de Familia y generalista	15	4,1250	,7008	,1809	3,7369	4,5131	2,38	4,75
Total	53	4,2264	,5531	7,597E-02	4,0740	4,3789	2,38	5,00

Prueba de homogeneidad de varianzas

Empatía

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,904	3	49	,446

ANOVA

Empatía

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,508	3	,169	,538	,658
Intra-grupos	15,400	49	,314		
Total	15,908	52			

52. Diferencias en los puntajes promedio de Flexibilidad Yoica según sexo de los médicos

Descriptivos

Flexibilidad

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Mujer	24	3,5990	,6797	,1387	3,3120	3,8860	2,25	5,00
Varón	29	3,4310	,6569	,1220	3,1812	3,6809	2,38	4,75
Total	53	3,5071	,6662	9,150E-02	3,3235	3,6907	2,25	5,00

Prueba de homogeneidad de varianzas

Flexibilidad

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,151	1	51	,700

ANOVA

Flexibilidad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,370	1	,370	,832	,366
Intra-grupos	22,705	51	,445		
Total	23,075	52			

53. Diferencias en los puntajes promedio de Flexibilidad Yoica por edad de los médicos

Descriptivos

Flexibilidad								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
26 a 40 años	27	3,5972	,6654	,1280	3,3340	3,8604	2,25	4,75
41 a 65 años	26	3,4135	,6669	,1308	3,1441	3,6828	2,50	5,00
Total	53	3,5071	,6662	9,150E-02	3,3235	3,6907	2,25	5,00

Prueba de homogeneidad de varianzas

Flexibilidad				
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.	
,008	1	51	,928	

ANOVA

Flexibilidad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,447	1	,447	1,008	,320
Intra-grupos	22,628	51	,444		
Total	23,075	52			

54. Diferencias en los puntajes promedio de Flexibilidad Yoica por especialidad de los médicos

Descriptivos

Flexibilidad									
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
Clínico	12	3,3854	,6581	,1900	2,9673	3,8036	2,63	4,75	
Ginecólogo	8	3,3281	,5042	,1783	2,9066	3,7496	2,75	4,00	
Pediatra	18	3,5556	,6769	,1595	3,2190	3,8921	2,50	5,00	
Médico de Familia y generalista	15	3,6417	,7557	,1951	3,2232	4,0602	2,25	4,50	
Total	53	3,5071	,6662	9,150E-02	3,3235	3,6907	2,25	5,00	

Prueba de homogeneidad de varianzas

Flexibilidad				
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.	
,520	3	49	,670	

ANOVA

Flexibilidad					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,748	3	,249	,547	,652
Intra-grupos	22,328	49	,456		
Total	23,075	52			

55. Relación entre sexo de los médicos y la combinación lineal de Empatía y Flexibilidad Yoica

Multivariate Tests^c

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Intercept	Pillai's Trace	,984	1581,564 ^b	2,000	50,000	,000	,984	3163,129	1,000
	Wilks' Lambda	,016	1581,564 ^b	2,000	50,000	,000	,984	3163,129	1,000
	Hotelling's Trace	63,263	1581,564 ^b	2,000	50,000	,000	,984	3163,129	1,000
	Roy's Largest Root	63,263	1581,564 ^b	2,000	50,000	,000	,984	3163,129	1,000
sexo	Pillai's Trace	,017	,423 ^b	2,000	50,000	,657	,017	,846	,115
	Wilks' Lambda	,983	,423 ^b	2,000	50,000	,657	,017	,846	,115
	Hotelling's Trace	,017	,423 ^b	2,000	50,000	,657	,017	,846	,115
	Roy's Largest Root	,017	,423 ^b	2,000	50,000	,657	,017	,846	,115

a. Computed using alpha = ,05

b. Exact statistic

c. Design: Intercept+sexo

56. Relación entre edad de los médicos y la combinación lineal de Empatía y Flexibilidad Yoica

Multivariate Tests^c

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Intercept	Pillai's Trace	,984	1574,483 ^b	2,000	50,000	,000	,984	3148,965	1,000
	Wilks' Lambda	,016	1574,483 ^b	2,000	50,000	,000	,984	3148,965	1,000
	Hotelling's Trace	62,979	1574,483 ^b	2,000	50,000	,000	,984	3148,965	1,000
	Roy's Largest Root	62,979	1574,483 ^b	2,000	50,000	,000	,984	3148,965	1,000
EDAD2	Pillai's Trace	,030	,784 ^b	2,000	50,000	,462	,030	1,569	,176
	Wilks' Lambda	,970	,784 ^b	2,000	50,000	,462	,030	1,569	,176
	Hotelling's Trace	,031	,784 ^b	2,000	50,000	,462	,030	1,569	,176
	Roy's Largest Root	,031	,784 ^b	2,000	50,000	,462	,030	1,569	,176

a. Computed using alpha = ,05

b. Exact statistic

c. Design: Intercept+EDAD2

57. Relación entre sexo de los médicos y la combinación lineal de Valores Interpersonales

Multivariate Tests^c

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Intercept	Pillai's Trace	,995	1336,350 ^b	6,000	44,000	,000	,995	8018,102	1,000
	Wilks' Lambda	,005	1336,350 ^b	6,000	44,000	,000	,995	8018,102	1,000
	Hotelling's Trace	182,230	1336,350 ^b	6,000	44,000	,000	,995	8018,102	1,000
	Roy's Largest Root	182,230	1336,350 ^b	6,000	44,000	,000	,995	8018,102	1,000
sexo	Pillai's Trace	,117	,968 ^b	6,000	44,000	,458	,117	5,811	,340
	Wilks' Lambda	,883	,968 ^b	6,000	44,000	,458	,117	5,811	,340
	Hotelling's Trace	,132	,968 ^b	6,000	44,000	,458	,117	5,811	,340
	Roy's Largest Root	,132	,968 ^b	6,000	44,000	,458	,117	5,811	,340

a. Computed using alpha = ,05

b. Exact statistic

c. Design: Intercept+sexo

58. Relación entre edad de los médicos y la combinación lineal de Valores Interpersonales

Multivariate Tests^c

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Intercept	Pillai's Trace	,995	1490,457 ^b	6,000	44,000	,000	,995	8942,741	1,000
	Wilks' Lambda	,005	1490,457 ^b	6,000	44,000	,000	,995	8942,741	1,000
	Hotelling's Trace	203,244	1490,457 ^b	6,000	44,000	,000	,995	8942,741	1,000
	Roy's Largest Root	203,244	1490,457 ^b	6,000	44,000	,000	,995	8942,741	1,000
EDAD2	Pillai's Trace	,197	1,802 ^b	6,000	44,000	,121	,197	10,811	,612
	Wilks' Lambda	,803	1,802 ^b	6,000	44,000	,121	,197	10,811	,612
	Hotelling's Trace	,246	1,802 ^b	6,000	44,000	,121	,197	10,811	,612
	Roy's Largest Root	,246	1,802 ^b	6,000	44,000	,121	,197	10,811	,612

a. Computed using alpha = ,05

b. Exact statistic

c. Design: Intercept+EDAD2

59. Pacientes encuestados por sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujeres	440	83,0
	Varones	90	17,0
	Total	530	100,0

60. Pacientes por sexo y edad: Estadísticos descriptivos

SEXO		Estadístico	Error típ.	
EDAD SIMPLE Mujeres	Media	32,91	,64	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	31,64	
		Límite superior	34,17	
	Media recortada al 5%	31,96		
	Mediana	29,00		
	Varianza	182,110		
	Desv. típ.	13,49		
	Mínimo	13		
	Máximo	78		
	Rango	65		
	Amplitud intercuartil	17,00		
	Asimetría	1,051	,116	
	Curtosis	,474	,232	
	Varones	Media	42,64	1,84
Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	38,98	
		Límite superior	46,31	
Media recortada al 5%		42,59		
Mediana		47,50		
Varianza		305,490		
Desv. típ.		17,48		
Mínimo		13		
Máximo		72		
Rango		59		
Amplitud intercuartil		31,50		
Asimetría		-,121	,254	
Curtosis		-1,402	,503	

61. Pacientes por grupos de edades

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Jóvenes y Adultos Jóvenes (Hasta 49 años)	430	81,1
	Adultos Mayores y Mayores (50 años y más)	100	18,9
	Total	530	100,0

62. Pacientes por sexo y grupos de edades

		GRUPOS DE EDAD			
		Jóvenes y Adultos Jóvenes (Hasta 49 años)	Adultos Mayores y Mayores (50 años y más)	Total	
SEXO	Mujeres	Recuento	379	61	440
		% de SEXO	86,1%	13,9%	100,0%
	Varones	Recuento	51	39	90
		% de SEXO	56,7%	43,3%	100,0%
Total		Recuento	430	100	530
		% de SEXO	81,1%	18,9%	100,0%

63. Pacientes según nivel educacional alcanzado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin instrucción	2	,4	,4
	Primario Incompleto o Completo	308	58,1	58,5
	Secundario Incompleto o Completo	190	35,8	94,3
	Terciario Incompleto o Completo	24	4,5	98,9
	Universitario Incompleto o Completo	6	1,1	100,0
	Total	530	100,0	

64. Pacientes según nivel educacional alcanzado II

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	310	58,5
	Medio	190	35,8
	Alto	30	5,7
	Total	530	100,0

Nota: BAJO= Sin instrucción / Primario Incompleto o Completo

MEDIO = Secundario Incompleto o Completo

ALTO= Terciario o Universitario Incompleto o Completo

65. Pacientes por sexo según nivel educacional alcanzado II

		NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO II				
		Bajo	Medio	Alto	Total	
SEXO	Mujeres	Recuento	251	165	24	440
		% de SEXO	57,0%	37,5%	5,5%	100,0%
	Varones	Recuento	58	25	6	89
		% de SEXO	65,2%	28,1%	6,7%	100,0%
Total		Recuento	309	190	30	529
		% de SEXO	58,4%	35,9%	5,7%	100,0%

66. Pacientes por sexo y grupos de edades según nivel educacional alcanzado II

SEXO		NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO					
		Bajo	Medio	Alto	Total		
Mujeres	GRUPOS DE EDAD	Jóvenes y Adultos Jóvenes (Hasta 49 años)	Recuento	202	155	22	379
			% de GRUPOS DE EDAD	53,3%	40,9%	5,8%	100,0%
		Adultos Mayores y Mayores (50 años y más)	Recuento	49	10	2	61
			% de GRUPOS DE EDAD	80,3%	16,4%	3,3%	100,0%
Total			Recuento	251	165	24	440
			% de GRUPOS DE EDAD	57,0%	37,5%	5,5%	100,0%
Varones	GRUPOS DE EDAD	Jóvenes y Adultos Jóvenes (Hasta 49 años)	Recuento	26	20	5	51
			% de GRUPOS DE EDAD	51,0%	39,2%	9,8%	100,0%
		Adultos Mayores y Mayores (50 años y más)	Recuento	33	5	1	39
			% de GRUPOS DE EDAD	84,6%	12,8%	2,6%	100,0%
Total			Recuento	59	25	6	90
			% de GRUPOS DE EDAD	65,6%	27,8%	6,7%	100,0%

67. Posibilidad para el paciente de preguntar al médico sobre la propia preocupación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No	4	,8	,8
	En parte	12	2,3	3,0
	Sí	514	97,0	100,0
Total		530	100,0	

68. Interrogación del médico al paciente sobre su visión del problema de salud o enfermedad que lo aqueja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No	64	12,1	12,1
	En parte	35	6,6	18,7
	Sí	431	81,3	100,0
Total		530	100,0	

69. Comprensión del problema por el paciente en base al diagnóstico y tratamiento indicado por el médico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2	,4	,4
	En parte	23	4,3	4,7
	Sí	505	95,3	100,0
	Total	530	100,0	

70. Dificultades para seguir el tratamiento indicado por el médico

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	456	86,0
	En parte	17	3,2
	Sí	57	10,8
	Total	530	100,0

71. Especialidad del médico y dificultades para seguir el tratamiento indicado por parte del paciente

ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	Clínico	Recuento	DIFICULTADES PARA CUMPLIR TRATAMIENTO			Total
			No	En parte	Sí	
	Clínico	Recuento	114	1	5	120
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	95,0%	,8%	4,2%	100,0%
	Ginecólogo	Recuento	70		10	80
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	87,5%		12,5%	100,0%
	Pediatra	Recuento	152	7	21	180
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	84,4%	3,9%	11,7%	100,0%
	Médico de Familia	Recuento	90	3	7	100
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	90,0%	3,0%	7,0%	100,0%
	Médico Generalista	Recuento	30	6	14	50
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	60,0%	12,0%	28,0%	100,0%
Total		Recuento	456	17	57	530
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	86,0%	3,2%	10,8%	100,0%

72. Comunicación al médico sobre las dificultades para seguir el tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	26	4,9	38,8
	En parte	2	,4	3,0
	Sí	39	7,4	58,2
	Total	67	12,6	100,0
Perdidos	No contesta	7	1,3	
	No corresponde	456	86,0	
	Total	463	87,4	
Total		530	100,0	

73. Especialidad del médico y comunicación al médico sobre dificultades para seguir el tratamiento

		COMUNICACION AL MEDICO SOBRE DIFICULTADES PARA CUMPLIR EL TRATAMIENTO				
			No	En parte	Sí	Total
ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	Clínico	Recuento	1	1	4	6
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	16,7%	16,7%	66,7%	100,0%
	Ginecólogo	Recuento	3		4	7
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	42,9%		57,1%	100,0%
	Pediatra	Recuento	8	1	17	26
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	30,8%	3,8%	65,4%	100,0%
	Médico de Familia	Recuento	1		8	9
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	11,1%		88,9%	100,0%
	Médico Generalista	Recuento	13		6	19
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	68,4%		31,6%	100,0%
Total		Recuento	26	2	39	67
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	38,8%	3,0%	58,2%	100,0%

74. Pacientes con dificultades para cumplir el tratamiento según tipo o fuente de la dificultad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos		1	,2	1,4
	Económica	48	9,1	67,6
	Familiar	5	,9	7,0
	Laboral	4	,8	5,6
	Emocional	6	1,1	8,5
	Otras dificultades	7	1,3	9,9
	Total	71	13,4	100,0
Perdidos	No contesta	3	,6	
	No corresponde	456	86,0	
	Total	459	86,6	
Total		530	100,0	

75. Interrogación del médico al paciente sobre su visión del problema según sexo de los pacientes

		INTERROGACIÓN DEL MÉDICO AL PACIENTE SOBRE SU VISION				
		No	En parte	Sí	Total	
SEXO	Mujeres	Recuento	51	25	364	440
		Frecuencia esperada	53,1	29,1	357,8	440,0
		% de SEXO	11,6%	5,7%	82,7%	100,0%
	Varones	Recuento	13	10	67	90
		Frecuencia esperada	10,9	5,9	73,2	90,0
		% de SEXO	14,4%	11,1%	74,4%	100,0%
Total		Recuento	64	35	431	530
		Frecuencia esperada	64,0	35,0	431,0	530,0
		% de SEXO	12,1%	6,6%	81,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,469 ^a	2	,107
Razón de verosimilitud	4,013	2	,134
N de casos válidos	530		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 5,94.

76. Interrogación del médico al paciente sobre su visión del problema según edad de los pacientes

Tabla de contingencia GRUPOS DE EDAD * INTERROGACIÓN DEL MÉDICO AL PACIENTE SOBRE SU VISION

		INTERROGACIÓN DEL MÉDICO AL PACIENTE SOBRE SU VISION				
		No	En parte	Sí	Total	
GRUPOS DE EDAD	Jóvenes y Adultos Jóvenes (Hasta 49 años)	Recuento	55	28	347	430
		Frecuencia esperada	51,9	28,4	349,7	430,0
		% de GRUPOS DE EDAD	12,8%	6,5%	80,7%	100,0%
	Adultos Mayores y Mayores (50 años y más)	Recuento	9	7	84	100
		Frecuencia esperada	12,1	6,6	81,3	100,0
		% de GRUPOS DE EDAD	9,0%	7,0%	84,0%	100,0%
Total		Recuento	64	35	431	530
		Frecuencia esperada	64,0	35,0	431,0	530,0
		% de GRUPOS DE EDAD	12,1%	6,6%	81,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,104 ^a	2	,576
Razón de verosimilitud	1,175	2	,556
N de casos válidos	530		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 6,60.

77. Interrogación del médico al paciente sobre su visión del problema según especialidad del médico tratante

		ESPECIALIDAD DEL MÉDICO 2					
			Clínico	Ginecólogo	Pediatra	Médico de Familia o Generalista	Total
INTERROGACIÓN DEL MÉDICO AL PACIENTE SOBRE SU VISION	No	Recuento	16	8	19	21	64
		Frecuencia esperada	14,5	9,7	21,7	18,1	64,0
		% de INTERROGACIÓN DEL MÉDICO AL PACIENTE SOBRE SU VISION	25,0%	12,5%	29,7%	32,8%	100,0%
	En parte	Recuento	8	8	5	14	35
		Frecuencia esperada	7,9	5,3	11,9	9,9	35,0
		% de INTERROGACIÓN DEL MÉDICO AL PACIENTE SOBRE SU VISION	22,9%	22,9%	14,3%	40,0%	100,0%
	Sí	Recuento	96	64	156	115	431
		Frecuencia esperada	97,6	65,1	146,4	122,0	431,0
		% de INTERROGACIÓN DEL MÉDICO AL PACIENTE SOBRE SU VISION	22,3%	14,8%	36,2%	26,7%	100,0%
Total	Recuento	120	80	180	150	530	
	Frecuencia esperada	120,0	80,0	180,0	150,0	530,0	
	% de INTERROGACIÓN DEL MÉDICO AL PACIENTE SOBRE SU VISION	22,6%	15,1%	34,0%	28,3%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,402 ^a	6	,152
Razón de verosimilitud	10,140	6	,119
N de casos válidos	530		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 5,28.

78. Grado de satisfacción del paciente con la atención médica

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	12	2,3
	Mediano	61	11,5
	Alto	457	86,2
	Total	530	100,0

79. Pacientes según sexo y satisfacción con la atención médica

		SATISFACCIÓN DEL PACIENTE			
		No plenamente satisfecho	Plenamente satisfecho	Total	
SEXO	Mujeres	Recuento	55	385	440
		Frecuencia esperada	60,6	379,4	440,0
		% de SEXO	12,5%	87,5%	100,0%
	Varones	Recuento	18	72	90
		Frecuencia esperada	12,4	77,6	90,0
		% de SEXO	20,0%	80,0%	100,0%
Total		Recuento	73	457	530
		Frecuencia esperada	73,0	457,0	530,0
		% de SEXO	13,8%	86,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,539 ^b	1	,060
Corrección de continuidad ^a	2,935	1	,087
N de casos válidos	530		

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,40.

80. Pacientes por grupos de edades y satisfacción con la atención médica

		SATISFACCIÓN DEL PACIENTE			
		No plenamente satisfecho	Plenamente satisfecho	Total	
GRUPOS DE EDAD	Jóvenes y Adultos Jóvenes (Hasta 49 años)	Recuento	60	370	430
		Frecuencia esperada	59,2	370,8	430,0
		% de GRUPOS DE EDAD	14,0%	86,0%	100,0%
	Adultos Mayores y Mayores (50 años y más)	Recuento	13	87	100
		Frecuencia esperada	13,8	86,2	100,0
		% de GRUPOS DE EDAD	13,0%	87,0%	100,0%
Total		Recuento	73	457	530
		Frecuencia esperada	73,0	457,0	530,0
		% de GRUPOS DE EDAD	13,8%	86,2%	100,0%

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,062 ^b	1	,803
Corrección de continuidad ^a	,008	1	,930
N de casos válidos	530		

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,77.

81. Pacientes por nivel educacional II y satisfacción con la atención médica

			SATISFACCIÓN DEL PACIENTE		
			No plenamente satisfecho	Plenamente satisfecho	Total
NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO 2	Bajo	Recuento	35	275	310
		Frecuencia esperada	42,7	267,3	310,0
		% de NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO 2	11,3%	88,7%	100,0%
	Medio	Recuento	32	158	190
		Frecuencia esperada	26,2	163,8	190,0
		% de NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO 2	16,8%	83,2%	100,0%
	Alto	Recuento	6	24	30
		Frecuencia esperada	4,1	25,9	30,0
		% de NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO 2	20,0%	80,0%	100,0%
Total	Recuento	73	457	530	
	Frecuencia esperada	73,0	457,0	530,0	
	% de NIVEL EDUCACIONAL ALCANZADO 2	13,8%	86,2%	100,0%	

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,095 ^a	2	,129
N de casos válidos	530		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,13.

82. Pacientes según especialidad del médico tratante y satisfacción con la atención médica

		SATISFACCIÓN DEL PACIENTE			
			No plenamente satisfecho	Plenamente satisfecho	Total
ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	Clínico	Recuento	20	100	120
		Frecuencia esperada	16,5	103,5	120,0
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	16,7%	83,3%	100,0%
	Ginecólogo	Recuento	9	71	80
		Frecuencia esperada	11,0	69,0	80,0
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	11,3%	88,8%	100,0%
	Pediatra	Recuento	21	159	180
		Frecuencia esperada	24,8	155,2	180,0
		% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	11,7%	88,3%	100,0%
Médico de Familia	Recuento	15	85	100	
	Frecuencia esperada	13,8	86,2	100,0	
	% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	15,0%	85,0%	100,0%	
Médico Generalista	Recuento	8	42	50	
	Frecuencia esperada	6,9	43,1	50,0	
	% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	16,0%	84,0%	100,0%	
Total	Recuento	73	457	530	
	Frecuencia esperada	73,0	457,0	530,0	
	% de ESPECIALIDAD DEL MÉDICO	13,8%	86,2%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,283 ^a	4	,684
Razón de verosimilitud	2,282	4	,684
N de casos válidos	530		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,89.

ANEXO C: Currículum Vitae abreviado

Títulos:

1. Licenciada en Psicología. Universidad Católica de La Plata. 1989.
2. Profesora de Psicología. Instituto Superior Juan XXIII. 1988.

Postgrados:

1. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios, Universidad Nacional de La Plata. 2007.
2. Post Grado de Formación de Terapeutas de Grupo. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. 2004.

Actividad Docente y Asistencial:

1. Instructora Residencia Psicología Social y Comunitaria. 2005-2010.
2. Área Relación Médico-Paciente- Familia, Residencia Medicina Familiar y Salud Comunitaria. Municipalidad de Bahía Blanca. 1999- 2009.
3. Profesora Cátedra Salud Pública y Salud Mental. Universidad del Salvador, filial Bahía Blanca. 2007-2010.
4. Profesora Cátedra Psicología Social y Dinámica de Grupos. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. Carrera Técnico Universitario en Emprendimientos Turísticos, (Peuzo). 2003.
5. Docente Dirección de Capacitación de Técnicos para la Salud. Ministerio de Salud, La Plata. 1991, 1993 y 1994.
6. Psicóloga primer nivel de atención, salud pública municipal. 1991-2010.

Gestión:

1. Presidente Colegio de Psicólogos Distrito I. Bahía Blanca. 2001 a 2005.
2. Pro-tesorera Consejo Superior Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. La Plata. 2002 a 2003.
3. Secretaria de Actas Consejo Superior, Colegio de Psicólogos de la Provincia. La Plata. 2001 a 2002.

Trabajos presentados:

1. Estudio exploratorio de Conductas de Salud (MBHI) en la población de Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria de Bahía Blanca. 30 Congreso Interamericano de Psicología. Autora. 2005.
2. Cuestiones ético- legales en la ligadura tubaria. Jornadas Interinstitucionales: Psicología y Calidad de Vida. .Disertante. 2002.
3. Malformaciones Cráneo-Faciales. Trabajo en equipo Interdisciplinario e Intersectorial. II Congreso de la Salud de Bahía Blanca. Co-autora. 2001.
4. Relación Médico-Paciente. II Congreso de la Salud de Bahía Blanca. Disertante. 2001.
5. Relación Médico-Paciente-Enfermero. I Congreso de la Salud de Bahía Blanca. Disertante. 2000.
6. Estrategias de Prevención en Atención Primaria. Capacitación y Participación en Prevención del Maltrato y del Abuso Sexual Infantil; VII Jornadas de Salud Mental y Drogadependencia. Co-autora. 1999.
7. Abuso sexual infantil- Visibilizar lo invisible. X Jornadas de Casuística e Investigación, Hospital Municipal de Agudos: Dr. Leónidas Lucero. Jornadas

- de Residentes. II Jornadas de Enfermería. I Jornadas Municipales de Atención Primaria de la Salud. Co-autora. 1999.
8. El abuso sexual infantil y el incesto. VI Jornadas del Programa de Salud Mental y Drogadependencia. Autora. 1998.
 9. Grupos de niños en Etapa Escolar, abordaje Psicodramático en Unidades Sanitarias. 1ra. Jornada del Programa de Prevención y Asistencia en Salud Mental y Drogadependencia. Co-autora. 1993.
 10. Reflexiones sobre la práctica. Acerca del trabajo terapéutico en Unidades Sanitarias. Jornadas sobre alcoholismo y Adolescencia organizadas por la Municipalidad de Bahía. Blanca Co-autora. 1992.
 11. Diagnóstico de Personalidad Psicopática. IV Congreso Argentino de Psiquiatría. Co-autora. 1990.