

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO**



**PROPUESTA DE COACHING PERSONALISTA EN LA RELACIÓN MÉDICO-
PACIENTE-FAMILIA PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE DOS
HOSPITALES DE ESSALUD DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE
2016 - 2017**

**Autores:
César Edgardo Sisniegas Vergara
Denissa Pajuelo García**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
PERSONA, MATRIMONIO Y FAMILIA**

**Chiclayo, Perú
2017**

**PROPUESTA DE COACHING PERSONALISTA EN LA RELACIÓN MÉDICO-
PACIENTE-FAMILIA PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE DOS
HOSPITALES DE ESSALUD DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE 2016 -
2017**

POR

**César Edgardo Sisniegas Vergara
Denissa Pajuelo García**

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo
Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado Académico de **MAESTRO EN
PERSONA, MATRIMONIO Y FAMILIA**

APROBADO POR

Presidenta de Jurado

Secretaria de Jurado

Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2017

DEDICATORIA

A nuestros queridos hijos:

André,
Alessandro y Melissa,
que son esperanza
de un mundo
mejor.

“... el principal problema bioético es cómo humanizar las relaciones entre aquellas personas que poseen conocimientos médicos y el ser humano, frágil y frecuentemente angustiado, que vive el duro trance de una enfermedad que afecta hondamente a su ser personal”.

Javier Gafo

(Humanización, en Diez palabras clave en Bioética.

Estella: Verbo Divino, 1993. p. 14)

Agradecimientos

A nuestro Señor Jesucristo, por ser
el centro de nuestra vida familiar.

Al Mtro. Antero Yacarini Martínez,
por su asesoría en el desarrollo de la presente tesis.

A los docentes y personal administrativo de la
Maestría en Persona, Matrimonio y Familia
que nos han permitido mejorar como personas,
en nuestro matrimonio y por permitirnos disponer
de mejores herramientas en nuestra
labor evangelizadora en el
Movimiento Familiar Cristiano en la
Diócesis de Chiclayo y en el Perú.

ÍNDICE

Introducción	10
Capítulo I Marco teórico conceptual	15
Capítulo II Materiales y Métodos	33
Capítulo III Resultados y Discusión	36
Conclusiones	56
Recomendaciones	57
Referencias bibliográficas	68
Anexos	76

LISTA DE CUADROS Y TABLAS

Tabla 1 y 2	38
Tabla 3	39
Tablas 4 y 5	40
Tablas 6 y 7	41
Tablas 8 y 9	42
Tabla 10 y 11	43
Tabla 12 y 13	44
Cuadro 1	45
Cuadro 2	66
Cuadro 3	67
Tabla 14	78

RESUMEN

Objetivo: elaborar una propuesta de coaching para mejorar la relación-médico-paciente-familia (RMPF) con marco antropológico personalista, luego de caracterizar la RMPF en el Servicio de Emergencia de dos hospitales de EsSalud de la Red Asistencial de Lambayeque. Tipo de estudio: descriptivo, observacional, propositivo, cuantitativo. Se aplicó a médicos, pacientes y familiares el “Cuestionario para medir la relación médico paciente” de Rodríguez y Mardones, validado en el servicio del campo clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los resultados con diferencia significativa en la RMPF se encontraron en el aspecto conceptual deshumanización de la medicina por discriminación de tendencia homosexual del paciente, y en dos aspectos vivenciales: modelo paternalista (el médico no toma en cuenta el sentir y opinión de los pacientes, trabajo médico tecnicista y científicista centrado solo en enfermedad y no en los problemas del paciente) y modelo legal (RMPF con documento previo firmado ante notario, paciente insatisfecho acude a abogado y RMPF es similar a contrato de compra venta).

Conclusiones: La RMPF es deshumanizada, no empática por probable discriminación homosexual, tiene características del modelo paternalista, y desconfiada por la distorsión de aspectos contractuales y fiduciarios. Se propone un esquema de coaching clínico personalista basado en comunicación trascendente para establecer consultas positivas, utilizando aportes de la concepción de corporeidad como encarnación coesencial de la persona (Elio Sgreccia),ejercicio de la libertad y Gemüt (Edith Stein), la espiritualidad inspiradora en profesionales de la salud (José Kentenich) y el sentido de vida y muerte (Víctor Frankl), usando técnica de oportunidades empáticas potenciales.

Palabras clave: relación médico- paciente, coaching clínico, personalismo, bioética personalista.

ABSTRACT

Objective: to elaborate a proposal of coaching to improve the relation-doctor-patient-family (RDPF) with personalistic anthropological framework, after characterizing the RDPF in the Emergency Service of two EsSalud hospitals of the Lambayeque Healthcare Network. Type of study: descriptive, observational, proactive, quantitative. The "Questionnaire to measure the doctor-patient relationship" of Rodríguez and Mardones was applied to physicians, patients and family members, validated in the clinical field service of the Pontificia Universidad Católica de Chile. The results with a significant difference in the RDPF were found in the conceptual aspect of dehumanization of medicine by discrimination of homosexual tendency of the patient, and in two experiential aspects: paternalistic model (the doctor does not take into account the feelings and opinion of the patients, work medical technician and scientist focused only on illness and not on the problems of the patient) and legal model (RDPF with a previous document signed before a notary, dissatisfied patient goes to a lawyer and RDPF is similar to a sale contract). Conclusions: The RDPF is dehumanized, not empathic due to homosexual discrimination, it has characteristics of the paternalistic model, and distrustful of the distortion of contractual and fiduciary aspects. A personalist clinical coaching scheme based on transcendent communication is proposed to establish positive consultations, using contributions from the conception of corporeality as a coessential incarnation of the person (Elio Sgreccia), exercise of freedom and Gemüt (Edith Stein), the inspiring spirituality in health professionals (José Kentenich) and the meaning of life and death (V́ctor Frankl), using the technique of potential empathic opportunities.

Key words: doctor-patient medical relationship, clinical coaching, personalism, personal bioethics.

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente-familia es el vínculo que se establece cuando un paciente, su familiar u otra persona relacionada con el paciente, se acerca a algún miembro del equipo de salud para solicitar sus servicios. Con el tiempo, se crea un lazo de orden afectivo y de reconocimiento entre ambas partes, que hace que el paciente deposite su confianza en el profesional. Se generan así una serie de deberes y obligaciones. La relación médico-paciente es el eje de la atención médica. El encuentro médico-paciente constituye el acto más trascendente en el ejercicio de la profesión. En la medida que mejore ese lazo en cuanto al tiempo, el afecto y todos los demás aspectos de ese contrato, que se establece entre ambas partes, la atención médica se podrá considerar superior.

Dickey y Wagenar en 1966, citado por Antúnez Baró, propusieron atribuir igual importancia a la observación de la enfermedad hecha por el clínico, al reporte del paciente acerca de su padecimiento y a la percepción familiar de la sobrecarga que la situación implica. La salud es un problema social, más que individual, de manera que en el acto de atención de salud no solo están presentes el médico y el paciente, sino que tras el primero está todo un equipo de salud, y tras el segundo está su familia, la comunidad a la que pertenece, su colectivo laboral, profesional, las organizaciones de masas, políticas o religiosas a las que pertenece, en fin, la sociedad en la que está insertado. (Antúnez Baró & Torres gonzáles, 2014).

En la actualidad la relación médico-paciente-familia está sufriendo un proceso de deshumanización y despersonalización. En un estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima-Perú en 64 pacientes hospitalizados en las salas de medicina interna, con más de 5 días de hospitalización, los pacientes refirieron que lo trataron más como un caso de enfermedad, que como una persona en 23.4% de los casos, que ignoraron sus sentimientos 22.2%, que usaron palabras que no entiendo 15.6%, que se demoraron en venir cuando lo necesitan 12.5%, que evitan las preguntas 9.5%, que lucen tensos (as) 9.4%, que actúan como si fueran superior a mí 4.7% y que lo ponen nervioso (a) o tenso (a) 3.2% . (Tsuchida Fernandez & Bandres Sanchez, 2003).

La necesidad de informar adecuadamente a los pacientes y a sus familias se ha convertido hoy día en uno de los principales retos para los médicos. En la actualidad, los pacientes y sus familias reclaman, casi de manera unánime, que quieren más y mejor información. Trabajos realizados en nuestro país destacan, entre los aspectos más valorados por los pacientes, recibir una información clara y comprensible, especialmente sobre el tratamiento y sus efectos, así como que el médico les aclare dudas y les facilite el conocimiento y la comprensión de su problema (Ramos Rodríguez, 2008).

Balint (1961) citado por Loriente Arin, afirma que una comunicación eficaz entre médico y paciente a través de una escucha activa por parte del facultativo, permite conseguir un intercambio real de información para comprender la dolencia y que se dé mejor respuesta a las necesidades y expectativas del paciente. Además, la participación de manera activa del paciente en el encuentro clínico también contribuye a la comprensión de la información, a incrementar su satisfacción y la confianza en el médico, y resulta positivo desde el punto de vista del cumplimiento y la efectividad de los tratamientos (Lorient Arin, 2009).

La atención sanitaria en urgencias o emergencias se caracteriza por la rapidez de la interacción y toma de decisiones, y eso en determinadas circunstancias, puede ir en detrimento de la relación médico-paciente-familia, pues en pocos minutos, se debe intentar llegar a conocer lo máximo de la historia del paciente. En un estudio realizado en México cerca de la mitad de los médicos del estudio presentaron una empatía aceptable, que se ve condicionada por la edad del médico, su nivel profesional y la existencia de otro trabajo. Sin importar la carga de trabajo y la rapidez al actuar del personal médico en el servicio de urgencias, se puede ser empático. El autor afirma que el médico debe recibir capacitación en ciencias humanas y no solo en ciencias (Loyola Durán, Landgrave Ibañez, & Ponce Rosas, 2015).

Habitualmente, los pacientes llegan en transporte sanitario, a veces llegan solos, sin la seguridad de sus familiares, y se encuentran en un ambiente extraño sin saber lo que les ocurre, con el miedo y la inseguridad que eso conlleva. Ya una vez estabilizado el paciente pasa a la sala de observación, donde habitualmente no pueden acompañarlos sus familiares. Es en este momento cuando cobra mayor importancia la relación médico-paciente, pues su médico pasa a ser su punto de referencia y su nexo de comunicación con sus familiares.

Lamentablemente, en el día a día, y con la sobrecarga que hay en los servicios de urgencias o emergencias, el médico acaba descuidando esta relación, más aún en hospitales públicos.

En la práctica médica de hoy, la tendencia más frecuente es valorar los problemas orgánicos que aquejan al paciente, sin integrar las características de su personalidad y la percepción que tiene de su problema así como sus condiciones sociales y las circunstancias que pueden determinarlos o agravarlos (Antúnez Baró & Torres González, 2014).

En el acto médico, como en todo contacto humano, se crea una relación interpersonal muy importante con trasfondo social (Laín Entralgo, 1964), la relación médico-paciente y con sus familiares. Sus efectos se hacen evidentes en los participantes. Para el paciente y su familia, las consecuencias inmediatas de una buena consulta médica serán el consentimiento del plan terapéutico propuesto, la satisfacción con la atención recibida, la recolección mnésica de lo que se dijo y algún cambio en el grado inicial de preocupación que lo llevó al consultorio. Los efectos intermedios serán la adherencia al tratamiento propuesto y, a largo plazo, el cambio en su salud y en su “entendimiento” (Ramos Rodríguez, 2008). Para el médico, la consecuencia inmediata será una experiencia placentera o no, que influirá en el estilo de sus posteriores consultas; el efecto intermedio será el retorno del paciente y sus familiares a una segunda cita (continuidad del manejo); y a largo plazo, la satisfacción con su trabajo (Ramos Rodríguez, 2008).

La formación necesaria para llegar a ser médico es un proceso de aculturación o socialización secundaria, por la que quien aprende, adopta la normativa de la profesión y su credo profesional (profesionalismo), para expresarlo en forma de conductas aceptables (profesionalidad) de la profesión médica. El aprendizaje se lleva a cabo a través del modelaje que genera la conducta de otros miembros del contexto clínico educativo, un aprendizaje que ocurre entre conflictos normativos y aprendiendo a controlar las emociones propias como el miedo, disgusto, desconcierto, etc. (Gual, 2011).

El coaching es un proceso sistemático centrado en la solución y orientado a los resultados, en el que el coach facilita la mejora del desempeño laboral, auto aprendizaje y el crecimiento personal del coachee. Los programas de estudio tienen algunas falencias que obligan a repensar los programas de estudio. Entre estas carencias, hay dos en las que el aporte que

puede hacer el coaching adquiere gran relevancia: la reducción del estrés y las habilidades de comunicación. (Arenas Moreno, 2006).

El *coaching*, aplicado a la clínica asistencial, es un proceso de acompañamiento que ayuda a potenciar las fortalezas de los profesionales de la salud y mejorar la calidad de vida del paciente a partir de sus propias metas de salud integral. Dados los resultados tan efectivos que viene aportando en diferentes esferas, lo que importa aquí es la utilidad de sus técnicas y herramientas para su utilización, puntual o continuada, en la relación con el paciente y su familia (Montaner Abasolo, 2012).

Theeboom y Beersma (2014) realizaron un metaanálisis con el objetivo de analizar la efectividad del coaching dentro de un contexto organizacional y encontraron que el coaching tiene un efecto positivo en cinco categorías de resultados de nivel individual teórica y prácticamente relevantes: rendimiento y habilidades, bienestar, afrontamiento, actitudes laborales y autorregulación dirigida a los objetivos. Estos hallazgos indican que el coaching es, en general, una intervención efectiva en las organizaciones. (Theeboom & Beersma, 2014).

Por ello, creemos que esta herramienta de coaching aplicado a la salud puede ayudar a optimizar la relación médico-paciente-familia en nuestro medio. En el presente trabajo nos propusimos responder lo siguiente: ¿Cuáles serán las características de una propuesta de coaching personalista para mejorar la relación médico-paciente-familia en el Servicio de Emergencia de dos hospitales de EsSalud de la Red Asistencial Lambayeque 2016 - 2017?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Diseñar una propuesta de coaching basado en un enfoque personalista para mejorar la relación médico-paciente-familia del servicio de emergencia de dos Hospitales de EsSalud de la Red Asistencial Lambayeque 2016-2017.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características de la relación médico-paciente-familia en el servicio de emergencia de dos hospitales de EsSalud de la Red Asistencial Lambayeque 2016-2017.
- Analizar las características de la relación médico-paciente-familia bajo un enfoque personalista y propuesta de un programa de coaching.

Nuestro aporte consiste en elaborar una propuesta de coaching con un marco antropológico personalista, para que los médicos del servicio de emergencia de dos hospitales de EsSalud de la Red Asistencial de Lambayeque puedan utilizar esta herramienta y desarrollen una relación médico-paciente-familia más humana.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En las últimas décadas del siglo veinte, la forma de relacionarse de los médicos y los enfermos cambió más que en los veinticinco siglos anteriores. El paso del modelo paternalista al autonomista supuso una transformación con escasos precedentes históricos. La evolución de este fenómeno a lo largo del tiempo afectó a los tres elementos involucrados (Lázaro, 2006): 1. El enfermo, que tradicionalmente había sido considerado como receptor pasivo de las decisiones que el médico tomaba en su nombre y por su bien, llegó a finales del siglo veinte transformado en un agente con derechos bien definidos y amplia capacidad de decisión autónoma sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le ofrecen, pero ya no se le imponen; 2. El médico, que de ser padre sacerdotal (como correspondía al rol tradicional de su profesión) se fue transformando en un asesor técnico de sus pacientes, a los que ofrece sus conocimientos y consejos, pero cuyas decisiones ya no asume; 3. La relación clínica que, de ser bipolar, vertical e infantilizante, se fue colectivizando (con la entrada en escena de múltiples profesionales sanitarios), se fue horizontalizando y se fue adaptando al tipo de relaciones propias de sujetos adultos en sociedades democráticas (Lázaro, 2006).

Montaner y Soler (2012) citan a Javier Gafo, y señalan lo que constituye el “principal problema bioético”, es cómo humanizar la relación entre aquellas personas que poseen conocimientos médicos y el ser humano, frágil y frecuentemente angustiado, que vive el duro trance de una enfermedad que afecta hondamente a su persona (Montaner Abasolo & Soler Company, 2012).

Las habilidades de comunicación con el paciente forman parte de la práctica sanitaria y contribuyen a los objetivos de salud y de humanización. Es más, con herramientas básicas del coaching y desde esta perspectiva, se puede transformar la vida del paciente desde los primeros momentos de intervención. Más allá de las palabras, el paciente en su multidimensionalidad, necesita sentirse confortado y atendido. (Montaner Abasolo & Soler Company, 2012).

En comunicación se habla de que transmitimos mucho más que las palabras; es bien sabido que hacemos caso de lo no verbal cuando detectamos un desajuste entre las palabras y el cuerpo. Al mismo tiempo, la gestión de lo corporal ayuda en la propia emoción y seguridad

del profesional de forma que su comunicación se haga más efectiva y mejor. Ahora bien, nunca hemos dejado de recalcar que las palabras, cada una de ellas, son importantes y tienen un efecto hipnótico en algún grado, especialmente en determinadas circunstancias (Montaner Abasolo & Soler Company, 2012).

El lenguaje no verbal actúa de dos formas: 1) Comunicando actitudes y motivaciones interpersonales, ya que existe una base biológica innata para las señales no verbales, que provoca una respuesta emotiva inmediata y de gran potencia. 2) Apoyando la comunicación verbal. El ritmo de emisión, el tono de voz y el énfasis que pongamos son vitales para determinar por parte de quien nos escucha, el sentido de los mensajes. Una parte importante de los mensajes que emitimos no va a través de las palabras, sino de los gestos y el tono de voz. Albert Mehrabian determinó que la contribución de gestos es del 55%, tono de voz es del 38% y palabras 7% en la comunicación de actitudes (Reinoso Hermida & Menéndez Villalva, 2009).

Las “consultas positivas” (aquellas en las que el médico se muestra cálido o amigable, firme y tranquilizador) resultan más eficaces que las “consultas neutras” en cuanto a disminuir el dolor y acelerar la recuperación. Si bien la mayoría de los trabajos no alcanza a analizar la influencia de los factores emocionales de manera independiente, sino que lo hace en interacción con los factores cognitivos (Montaner Abasolo & Soler Company, 2012).

Los beneficios para los pacientes de unos conocimientos básicos en habilidades de comunicación son que muestran menos malestar emocional, mejor seguimiento de las pautas y adhesión al tratamiento, más pronta recuperación, etc. Aún más, podemos afirmar que contando con las herramientas del coaching personalista se incrementa el potencial de posibilidades para el paciente y para el profesional. Desde los primeros momentos de intervención sanitaria se puede transformar en algún sentido la vida del paciente (Montaner Abasolo & Soler Company, 2012).

Rodríguez y Mardones (2012) hacen referencia a la relación médico paciente (RMP) frente a la posible deshumanización de la medicina. Han propuesto que el médico debe atender al paciente con beneficencia, respetando la autonomía de éste, haciéndolo participar en la toma de decisiones. Por ello, debe explicarle al paciente su diagnóstico y tratamiento, esperando

su consentimiento informado. Este es el modelo llamado de alianza en la RMP que puede librar al médico de muchos problemas de carácter jurídico y económico, permitiendo que el paciente viva el proceso de su enfermedad con mayor serenidad y confianza (Rodríguez & Mardones, 2012).

Rodríguez y Mardones realizaron la validación de una encuesta propuesta para conocer las características y los modelos de la RMP que podría estar dándose en Chile. La calidad de RMP fue estimada a través de un cuestionario que agrupó 55 preguntas en 7 dimensiones: 1) deshumanización de la salud; 2) antropológica; 3) RMP según el modelo paternalista; 4) RMP según el modelo tecnológico; 5) RMP según el modelo legal; 6) RMP según el modelo comercial y 7) RMP según el modelo de alianza. Se aplicó a sub-muestras de médicos, pacientes (71% hospitalizados) y estudiantes, de conveniencia y no representativas de algún universo. Estos autores plantearon que este instrumento validado sería útil para realizar nuevos estudios representativos de poblaciones de médicos y pacientes, con la reflexión de que los nuevos estudios permitirán humanizar la RMP en los aspectos que se detecten más débiles (Rodríguez & Mardones, 2012). Ver en Anexo.

Las deficiencias en la RMP probablemente se inician desde la formación de pregrado de los médicos porque no está convenientemente incluida en los planes de estudio. Sogi y col. evaluaron la percepción de los graduados de medicina sobre su formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación. Pese a que el 85% respondió haber tenido formación en habilidades clínicas básicas, se identificó deficiencias en el dominio de: a) el método clínico; b) la obtención de información psicosocial; c) la evaluación de la comprensión del paciente; d) el manejo de emociones; e) la comunicación no verbal. Los participantes dijeron que el factor tiempo es limitante para la adecuada relación/comunicación con el paciente. Asimismo, hallaron deficiencias en habilidades clínicas básicas con la sugerencia a ser consideradas en programas de intervención educativa (Sogi-Uematzu, 2014).

Silvero y col. evaluaron la actitud de residentes de urgencias hacia la relación médico-paciente en el Hospital de Clínicas de Asunción, Paraguay utilizando el instrumento desarrollado por Chavarría-Islas, con cuatro indicadores: respeto, información, consentimiento y esmero. Hallaron que el 69,4% de los residentes poseen una relación

médico-paciente regular, el 2,78% una relación buena, 25% una relación mala y 2,78% una relación muy mala. Sugirieron invertir mayores esfuerzos para potenciar la relación médico-paciente como una de las aristas para mejorar la atención médica, la cual es de vital importancia en los cuidados de emergencia (Silvero, 2015).

Ruiz Moral (2015) presentó una propuesta para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación médico-paciente y señaló que la comunicación clínica está considerada actualmente como una de las competencias esenciales de un clínico, y por este motivo debe ser introducida en los programas de educación médica. En este proceso, un importante escollo es la aún escasa claridad que existe en relación con los constructos teóricos que fundamentan el modelo de comunicación centrado en el paciente, así como la limitada, y a veces contradictoria, evidencia científica sobre su relación con los resultados de la asistencia (Ruiz Moral, 2015). Recientemente, Ruiz Moral y colaboradores (2017) han presentado una propuesta de un programa transversal de comunicación a nivel de pregrado, lo que exige esfuerzos para una incorporación más eficiente de los contextos simulados de aprendizaje con las competencias clínicas de los rotatorios prácticos de los alumnos (Ruiz Moral, Caballero Martínez, García de Leonardo, Monge, & Cañas, 2017).

Para el paciente, la participación de su familia en el acompañamiento durante la hospitalización en áreas críticas significa, en la mayoría de las ocasiones, un alivio de su angustia, sentimientos de impotencia, frustración y ansiedad. Las familias tienen que compaginar sus sentimientos con la comprensión de explicaciones complejas acerca del curso de la enfermedad, y a veces, se ven en la necesidad de aceptar lo inevitable o de participar en la toma de decisiones comprometidas. Estos conflictos afectivos y emocionales a los que deben enfrentarse no sólo afectan a la salud psíquica del familiar, sino que además condicionan la recuperación física del paciente (Pérez Cárdenas, Rodríguez Gómez, A, & J, 2004).

Guillén Salazar (2011), hizo una investigación cualitativa fenomenológica sobre vivencias del adulto hospitalizado en emergencia de un hospital en Chimbote, Perú, con el objetivo de describir las impresiones y sentimientos del paciente durante la hospitalización; les realizó la pregunta orientadora ¿Cómo fue su experiencia vivida durante la hospitalización en el servicio de emergencia? Los resultados que se obtuvieron fueron 29 categorías y 82 unidades

de significado, siendo la mayoría de las categorías vivenciadas de carácter psico emocional y social, dentro de las cuales las principales son: sentimiento de tristeza, soledad y miedo a morir, “no dejaban ver a mi familia por estar prohibido”, falta de comunicación e información de enfermera-paciente, necesidad de cariño y comprensión por parte del personal (Guillen Salazar, 2011).

Cualquier intervención sobre el cuerpo humano no alcanza únicamente los tejidos, órganos y funciones; afecta también a diversos niveles, y a la persona misma; encierra por tanto un significado y una responsabilidad morales, de modo quizá implícito, pero real. Juan Pablo II recordaba con fuerza a la Asociación Médica Mundial: “Cada persona humana, en su irrepetible singularidad, no está constituida solamente por el espíritu, sino también por el cuerpo, y por eso en el cuerpo y a través del cuerpo se alcanza a la persona misma en su realidad concreta”. Respetar la dignidad del hombre comporta, por consiguiente, salvaguardar esa identidad del hombre *corpore et anima unus*, como afirma el Concilio Vaticano II, Const. *Gaudium et spes*, 14, 1 (Congregación para la doctrina de la Fe, 1992).

A lo largo de la historia, se ha pensado siempre que el enfermo está incapacitado desde el punto de vista biológico, porque la enfermedad le pone en una situación de sufrimiento e invalidez, de dependencia y, en definitiva, de infantilización. Además, desde los escritos hipocráticos, los médicos antiguos han defendido la tesis de que el desvalimiento del enfermo no afecta sólo al cuerpo sino también al alma, a la voluntad y al sentido moral. Las pasiones negativas: la angustia, el miedo, el sufrimiento o la desesperación resultantes de una enfermedad grave son malas consejeras a la hora de realizar juicios de realidad y llegan a incapacitar al sujeto para actuar con lucidez y prudencia. Por ello, es difícil que un enfermo pueda tomar decisiones complejas. Por lo que el médico ha de decidir en lugar del paciente y por el bien del paciente, y la concepción clásica de un “buen enfermo”, es la de un enfermo sumiso, confiado y respetuoso, el cual mantiene una actitud dócil, obedece puntualmente las indicaciones del médico y no hace demasiadas preguntas (Lázaro, 2006).

Laín Entralgo, ha desarrollado de forma clara en varios textos la tesis de Víctor von Weizsäcker, según la cual la medicina del siglo veinte está profundamente marcada por la introducción en ella del sujeto humano, por el reconocimiento y la toma en consideración de la persona concreta que el paciente es. Entre los siglos diecinueve y veinte se habría

producido una auténtica “rebelión del sujeto”, que obligó a los médicos a introducir en su pensamiento y en su práctica los aspectos sociales, psíquicos y personales de la enfermedad: es la denominada “introducción del sujeto en medicina” (Laín Entralgo, 1964).

En el aspecto clínico la patología positivista que pretendía reducir al enfermo a puro “objeto natural” se vio invadida por la práctica diaria que evidenciaba los múltiples elementos subjetivos y personales que influían y determinaban la aparición y las características de cada caso clínico. De aquí se derivarán la medicina antropológica, la medicina psicosomática y en definitiva la conciencia creciente entre los médicos del siglo XX de que la atención a los aspectos personales y sociales es parte inexcusable de cualquier práctica clínica (Laín Entralgo, 1964).

El bioeticista norteamericano Mark Siegler ha establecido, casi con sorprendente precisión, que la era del paternalismo (o era del médico) se extendió “desde el año 500 a.C. hasta el año 1965”. Tras ella vendría la era de la autonomía (o era del paciente), que a su vez desembocaría (en los Estados Unidos y en otros países desarrollados) en la actual era de la burocracia (o de los contribuyentes). Esta última se caracterizaría por una serie de obligaciones: 1. Contener el gasto y administrar con eficiencia los recursos sanitarios; 2. Analizar los riesgos y posibles beneficios de cada intervención clínica en un marco social, y 3. Equilibrar las necesidades y los deseos del paciente con la justicia social de la comunidad de la que forma parte. Los deseos tanto de médicos como de pacientes están subordinados a los deseos de los administradores y burócratas”. Esta sería la nueva relación de médico y paciente en la era actual de la “medicina gestionada” (Seoane, 2008).

El encuentro del médico y del paciente y la relación que establecerán se produce dentro de un ámbito cultural en el que navegan concepciones y creencias sobre la salud y la enfermedad, que constituyen una ideología sobre la salud. Rescatar una relación médico-paciente de esa laguna antropológica precisa de la consideración de factores individuales y culturales del médico y el paciente, de la salud y la enfermedad (Goncalves Estella, y otros, 2005).

Etimológicamente, médico proviene de mederi (curar), y la raíz med significa meditar o pensar; por otra parte, doctor originalmente significó maestro o instructor. Así que desde la

semántica el quehacer médico incluye un marco con tres funciones delimitadas: 1) saber, diagnosticar; 2) curar, el tratamiento; y 3) educar, orientar, asesorar a este paciente concreto. Los primeros problemas relacionados surgirán, por tanto, en el exceso o defecto en la realización de estos roles. El rechazo de sus roles como médico o la inseguridad ante ellos puede llevarle a establecer relaciones estereotipadas con los pacientes, sólo orientadas a la búsqueda de signos somáticos y a tratar enfermedades, lo que conlleva dejar de asistir a personas (Goncalves Estella, y otros, 2005).

Según Goncalves Estella, actualmente conviven y se enfrentan tres modelos éticos de la relación médico-paciente: 1) una ética de beneficencia, característica de la medicina tradicional, con el papel del médico como benefactor; el médico es portador de los conocimientos y el paciente tiene que acatar sus recomendaciones; el perfil que genera esta ética es el médico pedagogo, paternalista y rígido; 2) una ética de autonomía, con una relación más simétrica, más parecida a la de la consulta de un experto para que después sea el paciente quien decida. De esta nueva ética surgen el consentimiento informado, como todos los programas informativos y psicoeducativos; también los movimientos y los grupos de autoayuda surgen de esta perspectiva y desde luego el incremento de las denuncias. El médico es tecnócrata, está más aferrado a protocolos o decisiones tomadas por otros y a una llamada medicina basada en la evidencia. Por último, 3) el modelo de una ética de pseudo-solidaridad, debido a la influencia de economía sanitaria. La universalidad de la asistencia y la amenaza de la falta de recursos están obligando al médico a observar su propia actividad, a aplicarse a una especie de ética de gestión. El perfil que provoca esta nueva concepción es el de médico funcionario. La funcionarización del quehacer médico provoca una difusión de la responsabilidad del médico a la estructura, al Hospital; una dilución de las jerarquías, donde todos somos trabajadores sanitarios dirigidos por un grupo burocrático de poder que nos gestiona solidariamente. Y esto conduce a la frustración profesional y a un nuevo síndrome, el burnout profesional, que en realidad es un síntoma del sistema social (Goncalves Estella, y otros, 2005).

Goncalves Estella (2005) dice que para rescatar a la RMP habría que preguntarse de nuevo qué es exactamente ser médico en la época actual, ya que no olvidemos que *ética*, en sánscrito, significa “preguntarse a sí mismo”. Cualquiera que sea la solución ética a esta

situación descrita, debería preservarse el *ars médica*, el arte de practicar la medicina, como el máspreciado tesoro. Esta *ars médica*, que se puede resumir en la respuesta a la pregunta “¿Cómo me gustaría que me trataran a mí?”, consiste en : flexibilidad del médico en sus creencias y comportamientos, dado que no hay un solo paciente igual a otro, sentido del humor, para preservar su propia salud mental y permitir una mirada autocrítica de vez en cuando, curiosidad mantenida y constante en su profesión: el aspecto vocacional, hoy casi olvidado, mantener la capacidad de comunicar, de hablar de la relación con su paciente y un compromiso ético con cada uno de los pacientes y sólo con ellos. (Goncalves Estella, y otros, 2005).

En el mundo contemporáneo, la reflexión filosófica se ha dirigido, al fenómeno de la *deshumanización* en diversos órdenes de la actividad humana, como resultado de una concepción neopositivista del mundo; es decir, de una manera de ver al hombre solamente en su inmediatez, desde una perspectiva biológica y cuantificable, que pasa por alto dimensiones esenciales del ser humano como la histórica y la psicosocial. En las últimas décadas, la filosofía neopositivista ha jugado un papel central en la sistematización teórico-práctica de la medicina, y en una concepción del hombre que se ha reflejado de manera directa en la relación médico-paciente, en la formación de los médicos y en las instituciones públicas y privadas responsables de la atención de la salud. Es en este contexto neopositivista, que emerge el fenómeno de la deshumanización de la práctica médica, cada vez más patente desde mediados del siglo próximo pasado, caracterizado por una problemática generada por los efectos negativos de la fragmentación de la atención médica, de la tecnificación de la medicina, la mercantilización de los bienes para la atención de la salud, en la institucionalización de la atención, y aún del problema de la corrupción de no pocos profesionales de la medicina (Ocampo Martínez, 2013).

Nos encontramos frente a una medicina altamente tecnificada, con una certeza diagnóstica sin precedentes y con resultados bastante eficientes, pero, a su vez, con una elevada tasa de desconfianza, lo que da como resultado una medicina defensiva, y es una realidad que se repite habitualmente en el ámbito sanitario. Al parecer, el poderío de la técnica sobre la vida ha dejado de lado lo eminentemente humano en el acto de curar, ocasionando una inevitable fractura en la esencia misma de la profesión. Frente a ello se plantea re-humanizar la relación

clínica a través del uso de la empatía, para contribuir de este modo a la superación del excesivo positivismo en el que ha caído la medicina (Donoso-Sabando, 2014).

La estructura moral de la medicina se revela en la constitución de la RMP. En ella el enfermo, por decisión compartida con su médico, se coloca bajo el cuidado de éste, a su vez, afirma su capacidad para asistirlo. Aun cuando la RMP admite modificaciones en cada época y cultura, se percibe una continuidad, porque la medicina satisface una necesidad universal y permanente del ser humano, a la cual responde de modo constante. Los problemas por los cuales se busca ayuda médica subsisten en todos los países y todas las épocas, con independencia de los cambios políticos y económicos; y el encuentro entre el médico y el paciente es el evento permanente que pone de manifiesto la continuidad en la medicina (Suardíaz Pareras, 2011).

Reconociendo que la relación médico-paciente ha existido siempre, surge la pregunta de si es importante que subsista aún en los tiempos actuales en que la medicina se sustenta en la utilización cada vez más excesiva de métodos de diagnóstico y tratamiento que parecen ser el paradigma de la medicina actual. Desde nuestro punto de vista la respuesta es afirmativa. Los nuevos procedimientos enriquecen los recursos del médico, pero no sustituyen el poder terapéutico de una buena relación, que incluso debe servir para ayudar a médico y paciente en el uso de estos procedimientos, que son un indiscutible avance, pero que han cambiado los objetivos y paradigmas de la medicina innecesariamente cuando son utilizados en demasía, sin criterio clínico adecuado y lo que es más triste olvidando que la razón de ser de nuestra profesión, debe ser y buscar el bienestar del enfermo (Arrubarrena Aragón, 2011).

Se ha generado una crisis que hace vivir el mundo médico en situaciones y sistemas que favorecen las relaciones de dominio: la despersonalización, falta de comunicación, la manipulación y el trato deshumanizado, a lo que se une la burocratización de la medicina, la tecnificación. Subsistimos en una cultura basada en la economía, en la cual la compraventa es lo fundamental; las relaciones humanas son de intercambio, lo que ha llevado a priorizar los valores económicos (Cruz Martínez, 2010).

Colodrón Álvarez, entre otros (citado por Roger garzón), considera que la actual crisis de la relación médico paciente se debe a la medicina defensiva, que para evitar responsabilidades

legales efectúa prácticas innecesarias, alterando radicalmente la relación (Roger Garzón, 2011).

Esta cuestión es significativa para el análisis del proceso formativo del médico general; puesto que el ser humano constituye su objeto de estudio, razón suficiente para no perder la interrelación entre estas dimensiones, con énfasis en la necesidad de profundizar en los factores sociales y culturales, que están asociados al proceso salud-enfermedad; con un enfoque sustancialmente distinto de su quehacer, no centrado en atender a un enfermo sino en preservar la salud del hombre, entendido este como un ser bio-psico-socio-cultural (Querts Méndez, Orozco Hechavarría, Montoya Rivera, & Beltrán Moret, 2013).

La formación del médico debe hacerse desde la óptica de las humanidades. Es posible reivindicar la medicina como disciplina científico-humanista de forma que el humanismo anime lo científico. El concepto de humanidades médicas propuesto engloba los aspectos: ético, la habilidad comunicacional y la humanidad, entendida esta última como “sensibilidad, compasión de las desgracias de nuestros semejantes”. El objetivo de formar médicos humanistas se puede lograr implementando un programa que se despliegue a lo largo del pregrado, donde el comportamiento humanizado se enseñe siguiendo la definición del *American Board of Internal Medicine* de 1983, se dé importancia a las habilidades comunicacionales y la formación bioética se imparta según el enfoque personalista. Se considera prioritaria la selección de los docentes en cuanto modelo por seguir y la evaluación de los estudiantes en el aspecto actitudinal ya que es en la acción donde la persona se revela. (Orellana-Peña, 2014).

El coaching para la salud tiene las mismas características que el coaching personal, un proceso de cambio, pero en este caso es en aspectos de salud. En otras palabras, facilita que la persona consiga sus objetivos de salud de una manera más eficaz. (Montaner Abasolo & Soler Company, 2012).

El coaching se basa en una conversación especial que le llamamos posibilitadora del cambio entre el médico-paciente que desean mejorar, y el coach-salud que utiliza habilidades de comunicación para ayudarles a conseguirlo. Se aplica para implementar diferentes aspectos relacionados con estilos de vida, para prevenir enfermedades. El coaching abre una puerta

para que médicos y pacientes puedan mejorar su comunicación y conseguir el objetivo de mejorar la salud de sus pacientes (Molins Roca, 2011).

Se hace necesario un entrenamiento, el término inglés *coach* procede de la palabra inglesa que significa *carruaje*, aunque algunos la traduzcan como “*entrenar*”, en la bibliografía en español se prefiere seguir utilizando este término como: “método que consiste en dirigir, instruir y entrenar a una persona o a un grupo de ellas, con el objetivo de conseguir alguna meta o de desarrollar habilidades específicas”. La persona que realiza el *proceso de coaching* se le denomina *coach* y a la que lo recibe se le llama *coachee*. En el proceso de coaching, quien lo recibe es la persona misma, la que cuenta con la mayor y mejor información de las situaciones a las que se enfrenta. En vez de enseñar, el coach “*facilita*” -en este caso al paciente- a que aprenda de sí mismo; en este sentido, este “nuevo” enfoque tuvo su origen en la civilización griega, pues fue Sócrates el precursor (siglo V antes de Cristo), el cual afirmaba que “no existe el enseñar, sino solo el aprender”, lo cual sintetiza la filosofía del coaching. Este filósofo comenzaba con la ironía, por medio de la cual hacía que su interlocutor tomara conciencia de que no sabía tanto como creía. Una vez reconocida esa ignorancia, le ayudaba por medio de preguntas, dejándole que encontrase las respuestas por sí mismo. Este método recibía el nombre de “*mayéutica*”, o arte de “ayudar a dar a luz”. (Bonal Ruiz, 2012).

Según Bonal Ruiz, el coaching de salud carece de una definición, pues aún es un campo emergente que ha ido evolucionando; no obstante, hay conceptos interesantes como el de Palmer y colaboradores, quienes describieron el *coaching de salud* como “la práctica de educación para la salud y promoción de salud dentro de un contexto de coaching, que refuerza el bienestar de individuos y facilita en las personas el logro de metas relacionadas con la salud”. Por otra parte, Bennett y col., en el campo de la medicina familiar lo definieron como: “ayudar a los pacientes a ganar conocimientos, habilidades, herramientas y confianza para volverse participantes activos en su cuidado, a fin de que puedan alcanzar sus metas de salud, identificadas por ellos mismos” (Bonal Ruiz, 2012).

No debemos confundir *coaching* con *mentoría*, pues son dos cosas distintas. Gisbert (2017) dice que en la mentoría se establece una relación entre dos personas basada en la confianza, confidencialidad, comprensión y empatía. Se ha propuesto que la mentoría sería una relación

de aprendizaje colaborativo que cursa por etapas en el tiempo, con el propósito de ayudar a un aprendiz a adquirir las competencias esenciales para el éxito en la carrera o desarrollo profesional. Desde esta perspectiva, el mentor es un profesor, un supervisor y un asesor o consejero. A diferencia del coaching, que es “el acto de impulsar habilidades a corto plazo, centrado en el comportamiento”, la mentoría es “una relación guiada e integral que tiene un alcance a largo plazo” (Gisbert, 2017).

Asimismo, “el término coach (entrenador) se emplea en el ámbito empresarial como figura para alcanzar resultados extraordinarios. El coach es un profesional que te ayuda a descubrir tu potencial, te impulsa a salir de tu zona de confort y a encontrar tus propios recursos, a través de técnicas, herramientas y ejercicios de coaching. Así, el coach sería un profesional que facilita el aprendizaje, mientras que el mentor, además de lo anterior, comparte sus conocimientos y experiencia. De este modo, coaching y mentoring son metodologías de aprendizaje potentes para los individuos y para las organizaciones, que comparten la misión de potenciar el desarrollo personal y profesional; pero la diferencia fundamental estriba en el grado de experiencia que ha de poseer cada uno: el coach no necesita ser un experto, mientras que el mentor ha de ser una figura de referencia de experiencia, con una trayectoria vital y valores que transmitir. Otra diferencia es que en el coaching la relación que se establece entre el profesor y el alumno es temporal y finaliza en una o unas pocas sesiones, mientras que la relación entre el mentor y el aprendiz es más estable y duradera en el tiempo”. (Gisbert, 2017).

El coaching es un método en el que el coach (persona que realiza el proceso de coaching) instruye y/o entrena a una o varias personas para alcanzar alguna meta o desarrollar habilidades específicas. El coach nunca da consejos o respuestas ni impone lo que se debe hacer, sino que mediante la formulación de preguntas guía e invita al paciente a conseguir sus objetivos utilizando su creatividad y recursos propios. Se basa en 5 dimensiones: la escucha, la intuición, la curiosidad, la promoción de la acción y profundización en el conocimiento (García Ron, Serrano Grasa, & Blanco Lago, 2016).

Existen habilidades sociales que forman parte de un correcto proceso de comunicación (Maqueda Martínez, 2012): 1) Empatía: saber comprender y transmitir los sentimientos del otro, es decir, ponerse en el lugar del otro. “La empatía requiere la identificación precisa de

las respuestas emocionales de los demás, 2) Aceptación incondicional: aceptar sin condiciones al otro, sin juicios de valor, supone confiar en los recursos de los que dispone la persona para afrontar su situación, siempre teniendo en cuenta la situación concreta que valoramos, 3) Escucha activa: habilidad del profesional para recibir el mensaje del paciente sin interpretar sus palabras, partiendo de las experiencias de este o de sus problemas personales y que mediante un feedback al contenido de lo que dice, al sentimiento que experimenta y expresa, a la intensidad del mismo pues es su sentimiento, y por tanto, no debo ni puedo quitarle importancia, así como a la demanda, le refleja al paciente lo que él ha captado de su mensaje o problema. Escuchar implica un proceso activo donde actúan todos nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva, 4) Comunicación no verbal: es una importante fuente de comunicación, el profesional debe aprender a descubrir aquellos datos que el paciente nos transmite con un gesto, con la mirada ... para poder saber, se debe primero aprender a mirar y a escuchar, comprender lo que nos comunican y saber transmitir mensajes según las necesidades del paciente son habilidades esenciales que se debe conocer y 5) Asertividad: expresar nuestras ideas o sentimientos respetando los derechos de los demás, el cuidado supone dialogo y construcción de significados compartidos pero sobre todo significa **respeto** y comprensión por el otro. (Maqueda Martínez, 2012).

Si se fortalecen las habilidades de comunicación en medicina el “premio” que se ofrece es sustancial. Este “premio” incluye según Moore y colaboradores: lograr entrevistas más efectivas con respecto a la precisión y a la base común, a la eficiencia, al apoyo y a la colaboración; reducir los conflictos y los reclamos de los pacientes y mejorar los resultados en términos de la satisfacción del paciente y del médico, del entendimiento y registro de lo observado, de la adherencia a los planes de tratamiento, el alivio de los síntomas y los resultados clínicos. (Moore, 2010).

Para devolver a la profesión médica su vocación distintiva, es esencial analizar las motivaciones intrínsecas y la ética de vida de las nuevas generaciones de médicos y, a partir de ahí, desarrollar -a manera de competencias- conocimientos, habilidades, actitudes y valores que propicien el desarrollo del profesionalismo, logrando finalmente una mejor relación médico-paciente, situando el bienestar de este último como principal interés. (Hernández-Escobar, Hernández-Camarena, González-González, & Barquet-Muñoz, 2010).

La ética médica, basada en un modelo paternalista y con raíces en la filosofía aristotélica, dominó la forma de practicar la medicina hasta bien avanzado el siglo XX. Los acontecimientos provocados por la segunda guerra mundial y los cambios sociales de este siglo proporcionaron argumentos suficientes para la irrupción de la filosofía en los problemas relacionados con la ética médica. El principialismo, en especial el principio de autonomía, y la teoría del consentimiento informado, cambiaron el carácter tradicional en la que se apoyaba la relación médico-enfermo. Lejos de quedar asentado, el principialismo no ha resuelto la esencia de los problemas éticos que con frecuencia se plantean en la actualidad. Las exigencias sociales e individuales sobre lo que hoy se espera que la medicina logre, colisionan frecuentemente con la forma de entender el médico su profesión. El argumento ético que sustente la actuación de un médico por el bien de su enfermo se ha convertido, en no pocas ocasiones, en una fuente de incertidumbre para la profesión (Torres León, 2011).

La crisis de la modernidad se relaciona con acontecimientos históricos como el mayo francés o la caída del muro de Berlín. El postmodernismo actual no es en sí una corriente única. Aunque los términos no son aceptados de una forma generalizada, uno de los frutos de la postmodernidad es el denominado post-estructuralismo o tardo-modernismo con conclusiones en las que se intuye el legado de Nietzsche (Torres León, 2011):

- El tiempo entendido como sucesión de instantes
- Se niega que haya una verdad única, la verdad es solo una apariencia
- Las palabras tienen diferentes significados según la concepción del que las utiliza.
- El placer en sí mismo, no como fruto de una acción, es lo prioritario
- No existe un marco de referencia

Torres León (2011) dice que relativismo ético del postmodernismo ha tenido su repercusión en la sociedad occidental, acrecentado por el hecho de la multiculturalidad; que se traduce en el permisivismo legal. Las cuestiones espinosas (aborto, eutanasia, investigación con embriones...) se relativizan, se despenalizan y con ello crean una concepción de “normalidad” en el sentido de que lo consentido es lícito. El médico y su moral pueden quedar

en una situación de desamparo que, en caso de conflicto, difícilmente puede tener otra salida que el acogimiento a la objeción de conciencia (Torres León, 2011).

La ética principialista se sostiene en cuatro principios (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), los que fueron esbozados en el Informe Belmont y desarrollados por Beauchamp y Childress. Andino Acosta (2013) citando a Alarcos, comenta que el desarrollo del principialismo, que ponen los principios en el centro de la reflexión bioética, según el esquema, 1) teorías éticas, 2) principios, 3) reglas y 4) juicios particulares y acciones, se ha convertido en una fuente para enfocar los problemas bioéticos, pero estos requieren también de una perspectiva moral. Beauchamp y Childress para desarrollar el tema moral en y su relación con los principios de la bioética, siguen la teoría de Ross, quien distingue dos niveles en el razonamiento moral. Como primero, el nivel de los principios primarios que llama deberes de *prima facie* (a primera vista); por ejemplo, “todos sentimos el deber primario de gratitud cuando alguien nos ha beneficiado”, un deber *prima facie*, es un deber moral que nos impone a todos; estos deberes no son subjetivos, sino intersubjetivos. Como segundo, según Alarcos, Ross llama el nivel de los actual duties (deberes reales), y efectivos, son aquellos que nos obliga en un cierto momento, cuando entran en conflicto varios deberes *prima facie*. Cuando no entran en conflicto, los deberes *prima facie* son moralmente obligatorios, pero cuando entran en conflicto, hay que jerarquizar los principios, ver cuál tiene prioridad y decidir el que se convierta en un deber real. Esos cuatro principios de la bioética son una ética de mínimos (Andino Acosta, 2015).

Esta ética de mínimos es insuficiente para valorar todas las situaciones de la relación médico paciente e incluso puede llevar a una decisión que afecte los derechos de los pacientes y sus familiares. En una situación de pluralismo moral se define el mínimo moral que todos necesitan aceptar para que la convivencia social sea posible. Para esa mentalidad, los máximos son supererogatorios (la acción ejecutada más allá de la obligación), que solo una decisión privada y particular asume, pero no pueden ser comportamientos socialmente exigidos. Por ejemplo, se impone el cumplimiento de las exigencias de un contrato firmado o de las obligaciones de un código profesional; sin embargo, no se exige la actitud interna de honestidad, al cumplir el contrato, o de fidelidad en el ejercicio profesional (Andino Acosta, 2015).

García (2013) afirma que Beauchamp y Childress proponen cinco condiciones para poder justificar la eventual desobediencia a un principio: 1) se deben tener mejores razones para seguir la norma emergente; 2) el objetivo moral debe tener una perspectiva realista de concretización; 3) no puede ser reemplazada por una alternativa moralmente preferible; 4) la forma de infracción elegida debe ser la menor posible; 5) el agente debe buscar minimizar los efectos de la infracción. Notamos una cierta indeterminación y ambigüedad en la metodología expuesta. Una suerte de deontologismo pluralista que a la hora de aplicación no jerarquiza principios. Pero ello lleva de la mano al conflicto inevitable en el momento en que cualquiera de los principios se contextualiza (García, 2013).

Según Guerra López (2013), la bioética personalista es en la actualidad una de las corrientes de fundamentación y práctica bioética más importantes del mundo y ofrece una lucha cultural a favor de la dignidad de la vida humana en los escenarios más diversos, muchas veces fuertemente marcados por grupos y escuelas de bioética cuyo modelo de racionalidad se encuentra aún atrapado en los límites y contradicciones de la crisis moderno-ilustrada y de las diversas reacciones postmodernas. Este autor considera que la bioética debe ser personalista por “exigencia intrínseca”. Cree que no es posible comprender los fundamentos éticos de las intervenciones biomédicas o los fundamentos éticos para el cuidado medioambiental sin tomar en consideración como fuente principalísima de conocimiento a la propia persona dotada de razón, de voluntad libre y de dignidad, es decir, de un valor sui generis que permite juzgar la realidad de un modo humano (Guerra López, 2013)

Nosotros creemos que la bioética principialista es insuficiente para proteger la vida humana porque su razonamiento lógico es ambiguo y puede llevar a conductas inmorales o ilícitas. Estamos de acuerdo con Guerra López al considerar que “el personalismo se encuentra al servicio de la ampliación del horizonte de la razón al momento de fundamentar la bioética. Este servicio no es menor. La razón arrogante típica de la modernidad ilustrada ha cedido en muchos ambientes a una razón exhausta que ya no desea preguntar, investigar y descubrir esencias, sino que se conforma con describir y con articular equilibrios de poder entre diversas cosmovisiones. Este tipo de racionalidad debilitada es sumamente susceptible de tornarse violenta, despótica, asesina. Desde este punto de vista, la misión de la bioética

personalista es fundamental para contribuir a la supervivencia de nuestras sociedades y para la auténtica promoción del bien común” (Guerra López, 2013).

Sgreccia (2013) afirma que la persona humana tiene una naturaleza corpóreo-espiritual y está dotada de una razón abierta al conocimiento y al reconocimiento de su propia dignidad en sentido pleno (inscrita en la misma naturaleza), de los valores que debe realizar y de las normas para obtenerlos. Es el juicio práctico de la razón el que constituye la conciencia moral. La estructura de la persona, o la naturaleza humana personalizada, mediante la reflexión racional consigue la conciencia de sí y la conciencia de la urgencia moral de seguir su propio bien y de buscar en sus acciones la realización del bien propio y de toda persona (Sgreccia, 2013).

Sgreccia, considera que la naturaleza es normativa en cuanto a lo dado, está abierta a través de la racionalidad y la libertad. Realizar todo el hombre en cada hombre queda como una meta para una lectura profunda de la esencia y de la verdad total sobre la persona. A partir de este fundamento se pueden derivar los principios orientadores de la bioética personalista radicados en la concepción de la corporeidad entendida como encarnación coesencial de la persona, y que son los siguientes: 1) el respeto de la vida física desde la concepción como valor fundamental e imprescindible de la persona; 2) la justificación de toda intervención terapéutica como reintegración de la corporeidad y el respeto de la dignidad de la persona; 3) la exigencia irrenunciable en el ámbito de la medicina del principio del consentimiento que implica la libertad y responsabilidad ya sea del paciente ya sea del personal sanitario; y 4) las implicaciones en el plano social y de la justicia social en la asignación de recursos y en la organización de las políticas sanitarias (Sgreccia, 2013)

Santiesteban Badía (2006) elige la bioética personalista sobre las bioéticas del socio biologismo, bioéticas pragmáticas-utilitaristas y las bioéticas contractualistas. En la bioética personalista, según esta autora, el concepto de persona es tomado en “serio” porque sobre él se centra el debate moral y jurídico actual: unánimemente se atribuye al significado del término un valor axiológico y jurídico, ya que la persona es un sujeto moral y el sujeto de derechos/de deberes, es decir, un individuo respetado (moralmente) y tutelado (jurídicamente). La persona se convierte en el filtro para la determinación de la licitud o de

la ilicitud de la intervención sobre la vida. Es lícito todo lo que no daña a la persona, es ilícito todo lo que suprime o daña a la persona (Santiesteban Badía, 2006).

Finalmente, creemos que la presencia de la familia en el acompañamiento de la persona enferma es vital para la recuperación de la salud o incluso en la presencia de ciertas enfermedades. Por ello, consideramos que el acercamiento a su forma de pensar es vital para la mejora de la relación médico-paciente, como lo hemos hecho en este trabajo. Alba (2011) dice que la familia ha sido sujeto de estudio de disciplinas como la sociología, la antropología, la psicología, la educación, el trabajo social, entre otras. En el campo de la medicina, a pesar de las innegables relaciones existentes entre el contexto familiar y el dipolo salud-enfermedad, la consideración de este campo como un área relevante de estudio e intervención ha tenido menos desarrollo. Este autor señala hallazgos recientes han demostrado que el cuidado médico centrado en la familia se asocia con el mejoramiento del uso y acceso a los servicios de salud, índices elevados de satisfacción con la atención médica y mejores estándares de cuidado para algunas enfermedades (Alba, 2012).

CAPÍTULO II MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Estudio descriptivo, observacional, propositivo, con enfoque cuantitativo.

POBLACIÓN, MUESTRA DE ESTUDIO y MUESTREO

La población y muestra estuvo conformada por:

1.- Los pacientes adultos que acudieron por el Servicio de Emergencia de los Hospitales Almanzor Aguinaga Asenjo y Heysen Incháustegui. Aproximadamente constituyen el 15% del total de pacientes que acuden a atenderse en ambos hospitales, de tal forma que $p=0.10$ $q=0.90$ $Z=1.96$ $t=0.15$ aplicando la fórmula: $n = pqz^2 / t^2$, siendo $n = 49$ pacientes en total y a sus familiares.

3.- Los médicos que trabajaban en los Servicios de Emergencia de estos dos hospitales eran 47 médicos en el Hospital Almanzor Aguinaga y 33 médicos en el Hospital Heysen Inchaustegui. Entre los meses de julio a setiembre del año 2015, se produjo la renuncia de 35 médicos en ambos hospitales, debido a problemas de naturaleza administrativa que impidió encuestar a la totalidad de los médicos. La reposición de los médicos no se ha logrado totalmente a la fecha de la culminación del estudio.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el “Cuestionario para medir la relación médico paciente” de Rodríguez y Mardones (2012) validado en el servicio del campo clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Ver Anexo).

Se aplicó el cuestionario autoadministrado a la muestra seleccionada de ambos hospitales, tanto a médicos, pacientes, y a sus familiares que acudieron al Servicio de Emergencia entre los meses de abril del 2016 a julio del 2017.

Los pacientes contestaron el cuestionario en condición de estabilidad hemodinámica y respiratoria, sin trastorno de conciencia y sin dolor. Una vez ubicados en la Sala de Observación de las Emergencias. Simultáneamente, y en lo posible, los familiares contestaron el cuestionario mientras acompañaban a los pacientes. Los pacientes y los familiares respondieron el cuestionario de manera autónoma, no se permitió que dialoguen entre ellos al momento de responder las preguntas. También los médicos respondían el

cuestionario en el mismo turno que atendieron a los pacientes. Todos los cuestionarios se realizaron en el turno diurno. Si el paciente presentaba dolor moderado a intenso, agitación emocional o algún trastorno de conciencia no se les aplicaba el cuestionario. Los pacientes debían tener al momento de la entrevista 18 o más años de edad. Los cuestionarios que tenían los ítems o respuestas incompletas fueron eliminados y no se consideraron para el análisis estadístico.

Previamente se le explicó a los pacientes y familiares el objetivo de la investigación, que no existiría ningún riesgo para su salud y la continuación de su diagnóstico o tratamiento y que su participación sería estrictamente voluntaria. Asimismo, se les informó que la información obtenida de las respuestas del cuestionario se mantendría en reserva de manera privada y que los resultados se consolidarían sólo desde el punto de vista estadístico. Finalmente, se les entregaba la hoja de información y el documento de consentimiento informado (DCI) para su firma. Algunos médicos, pacientes y familiares quisieron mantener su nombre en el anonimato y sólo colocaron su firma en el DCI, lo cual también se aceptó para respetar la voluntad y autonomía de los participantes de este estudio.

PLAN DE PROCESAMIENTO PARA ANÁLISIS DE DATOS

Como ha sido descrito el cuestionario utilizado en este trabajo ya ha sido validado en una población chilena. Debido a esto, previamente, se realizó un piloto para la validación de dicho cuestionario en los dos hospitales seleccionados de EsSalud, utilizando el método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach que permitió estimar la fiabilidad del instrumento a 50 personas entre médicos, pacientes y familiares.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 15 en español.

Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo: frecuencias, porcentajes.

Asimismo, se ejecutó el análisis de Chi cuadrado para observar diferencias entre los cuestionarios de los pacientes, familiares y médicos, utilizando tablas de contingencia para establecer diferencias significativas entre los datos de los cuestionarios de médicos, pacientes y familiares.

También se utilizó prueba de la t de Student para estimar diferencias entre promedios de las variables cuantitativas de interés.

El nivel de significancia estadística considerado fue $p < 0.05$.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por la naturaleza del presente estudio no se ponía en riesgo la salud ni se interfirió en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Los archivos de datos son confidenciales y los participantes fueron identificados con un código numérico de índole correlativa. Cada paciente y su familiar recibieron información pertinente al proyecto de investigación y firmaron su documento de consentimiento informado autorizando su participación.

Los autores del proyecto no tienen conflictos de interés.

CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se aplicó el cuestionario autoadministrado de Rodríguez y Mardones (2012) de 28 ítems a un total de 210 personas, luego de eliminar los cuestionarios con respuestas incompletas. Fueron 119 varones y 91 mujeres; 105 personas en el Hospital Heysen y 105 personas en el Hospital Almanzor Aguinaga. La edad promedio de los encuestados en los dos hospitales, se muestra en la tabla 1. Las edades de los encuestados no tuvieron diferencia significativa entre los dos hospitales.

Se encuestó a 68 médicos, 42 médicos del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) y 26 médicos del Hospital Luis Heysen Inchaústegui (HLHI). En cuanto a especialidades, del total de 68 médicos, 32 médicos correspondieron al tópico de Medicina, 19 de Cirugía General, 11 de Ginecología y 6 a Traumatología. Esta distribución no fue realizada según criterio de estratificación sino al azar. El tiempo promedio de servicio de los médicos entre los dos hospitales fue 12.40 ± 10.44 años (Prueba T= 0.731, p= 0.468). Tampoco hubo diferencias en los tiempos de servicio de los médicos de los dos hospitales. El tiempo promedio de servicio de los médicos del Hospital Luis Heysen Inchaústegui fue 13.58 ± 11.09 años y el de los médicos del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo fue 11.67 ± 10.08 años.

Asimismo, se encuestó a 65 pacientes, 28 pacientes del HNAAA y a 37 pacientes del HLHI; también se encuestó a 77 familiares, 35 familiares del HNAAA y 42 familiares del HLHI. Tampoco existió diferencia entre los dos hospitales por la especialidad de los médicos que atendieron a los pacientes y familiares (ver Tabla 2).

La prueba piloto de 50 personas entre médicos, pacientes y familiares arrojó un alfa de Cronbach de 0.778, la prueba de Bartlett fue significativa con $p < 0,0001$. La medida de adecuación muestral KMO fue de 0.712.

El análisis de fiabilidad de la muestra total final de las 210 personas arrojó un alfa de Cronbach de 0.775, esto significa que las preguntas son homogéneas y el instrumento tiene consistencia interna ya que no se modificó sustancialmente el puntaje del alfa de Cronbach, si se elimina cualquiera de las 28 preguntas (Tabla 3). El análisis factorial con 28 preguntas mostró que la prueba de Bartlett tuvo un valor $p < 0,0001$, negando también la esfericidad en la matriz de preguntas o elementos. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) llegó a 0,752, indicando que las variables consideradas en el estudio miden

factores comunes, lo cual también es indicador de la adecuación del análisis factorial. Un valor de la prueba KMO cercano a 0.8 se considera adecuado.

El valor del alfa de Cronbach del cuestionario usado en las 210 personas de este trabajo fue 0.775, valor que es igual al resultado del alfa de Cronbach reportado en el trabajo de Rodríguez y Mardones (2012), que también fue 0.775.

El análisis de Chi cuadrado de las tablas de contingencia de los 28 ítems del cuestionario con relación a la condición de médico, paciente y familiar reveló diferencias significativas entre los ítems 7, 11, 12, 14, 16, 18, 22, 23, 24 y 25. Los resultados de los ítems con diferencias se encuentran en las tablas 4 a 13.

Los valores del análisis de Chi Cuadrado de Pearson y los niveles de significancia de todos los ítems del cuestionario se aprecian en la tabla 14 en el anexo.

Tabla 1. Edad promedio de los encuestados en los Hospitales Luis Heysen y Almanzor Aguinaga de EsSalud

HOSPITAL	n	Media	Desviación típica	Error típico de la media
HEYSEN	105	39.26	10.955	1.069
ALMANZOR	105	42.02	13.474	1.315

Prueba T, $P = 0.105 > 0.05$, ns = no diferencia significativa

Tabla 2. Distribución de los pacientes adultos atendidos según especialidad en el Servicio de Emergencia de los dos hospitales

ESPECIALIDAD	HOSPITAL		TOTAL
	HEYSEN	ALMANZOR	
Medicina	45	41	86
Cirugía	25	31	56
Ginecobstetricia	25	22	47
Traumatología	10	11	21
TOTAL	105	105	210

Chi cuadrado de Pearson = 1.068, $p = 0.785$, no significativo

Tabla 3. Valores del alfa de Cronbach si se elimina cada elemento del cuestionario para evaluar la RMPF

n.º ítem del cuestionario	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	97.63	106.406	0.262	0.770
2	97.77	107.230	0.269	0.770
3	97.44	108.611	0.225	0.772
4	97.68	107.357	0.242	0.771
5	98.18	104.155	0.295	0.768
6	97.85	102.595	0.432	0.762
7	98.06	103.250	0.355	0.765
8	97.97	103.315	0.357	0.765
9	98.07	104.181	0.278	0.770
10	97.87	103.762	0.402	0.764
11	98.23	101.041	0.401	0.762
12	98.73	101.797	0.371	0.764
13	99.63	105.803	0.231	0.772
14	98.98	99.727	0.440	0.760
15	99.37	102.818	0.347	0.766
16	99.67	106.097	0.216	0.773
17	99.54	106.661	0.202	0.773
18	99.08	100.477	0.461	0.759
19	97.84	107.655	0.189	0.773
20	97.56	109.424	0.114	0.776
21	97.65	106.746	0.246	0.771
22	98.73	103.220	0.301	0.768
23	99.02	101.813	0.360	0.765
24	99.39	104.029	0.294	0.769
25	98.13	100.936	0.428	0.761
26	98.41	108.091	0.123	0.777
27	98.14	109.214	0.077	0.779
28	97.88	109.349	0.118	0.776

Tabla 4. Deshumanización de la Medicina. Ítem n.º 7: Práctica médica sin discriminar por tendencia sexual

Deshumanización de la Medicina	CONDICIÓN			Total
	Médico	Paciente	Familiar	
muy en desacuerdo	2	1	2	5
en desacuerdo	3	7	9	19
medianamente en acuerdo	10	12	8	30
en acuerdo	17	29	35	81
muy de acuerdo	36	16	23	75
Total	68	65	77	210

Chi cuadrado de Pearson = 17.777, $p = 0.023$, $p < 0.05$, significativo

Tabla 5. Modelo paternalista. Ítem n.º 11: La eficacia científica y técnica de la Medicina hace innecesario la opinión y sentir del paciente

Modelo paternalista	CONDICIÓN			Total
	Médico	Paciente	Familiar	
muy de acuerdo	3	4	6	13
en acuerdo	5	9	11	25
medianamente en acuerdo	2	4	11	17
en desacuerdo	29	33	32	94
muy en desacuerdo	29	15	17	61
Total	68	65	77	210

Chi cuadrado de Pearson = 15.785, $p = 0.046$, $p < 0.05$, significativo

Tabla 6. Modelo paternalista. Ítem n.º 12: La ciencia y la religión se contradicen, el médico debe centrarse en la enfermedad

Modelo paternalista	CONDICIÓN			Total
	Médico	Paciente	Familiar	
muy de acuerdo	2	5	9	16
en acuerdo	8	17	16	41
medianamente en acuerdo	13	17	19	49
en desacuerdo	29	19	26	74
muy en desacuerdo	16	7	7	30
Total	68	65	77	210

Chi cuadrado de Pearson = 15.905, $p = 0.044$, $p < 0.05$, significativo

Tabla 7. Modelo paternalista. Ítem n.º 14: El médico solo debe tratar la enfermedad

Modelo paternalista	CONDICIÓN			Total
	Médico	Paciente	Familiar	
muy de acuerdo	5	9	10	24
en acuerdo	6	21	26	53
medianamente en acuerdo	19	11	17	47
en desacuerdo	23	18	21	62
muy en desacuerdo	15	6	3	24
Total	68	65	77	210

Chi cuadrado de Pearson = 25.511, $p = 0.001$, $p < 0.05$, significativo

Tabla 8. Modelo paternalista. Ítem n.º 16: La tecnología asegura el trabajo del médico.

Modelo paternalista	CONDICIÓN			Total
	Médico	Paciente	Familiar	
muy de acuerdo	9	16	22	47
en acuerdo	19	29	30	78
medianamente en acuerdo	27	13	18	58
en desacuerdo	10	4	5	19
muy en desacuerdo	3	3	2	8
Total	68	65	77	210

Chi cuadrado de Pearson = 16.101, $p = 0.041$, $p < 0.05$, significativo

Tabla 9. Modelo paternalista. Ítem n.º18: Es más importante en el trabajo médico, el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad que poner atención a los problemas personales del paciente

Modelo paternalista	CONDICIÓN			Total
	Médico	Paciente	Familiar	
muy de acuerdo	3	7	11	21
en acuerdo	12	20	22	54
medianamente en acuerdo	21	22	25	68
en desacuerdo	21	11	19	51
muy en desacuerdo	11	5	0	16
Total	68	65	77	210

Chi cuadrado de Pearson = 21.355, $p = 0.006$, $p < 0.05$, significativo

Tabla 10. Modelo legal. Ítem n.º 22: Mejoría de la relación médico-paciente con documento ante notario

Modelo legal	CONDICIÓN			Total
	Médico	Paciente	Familiar	
muy de acuerdo	5	4	10	19
en acuerdo	4	20	15	39
medianamente en acuerdo	15	11	17	43
en desacuerdo	29	22	30	81
muy en desacuerdo	15	8	5	28
Total	68	65	77	210

Chi cuadrado de Pearson = 21.164, $p = 0.007$, $p < 0.05$, significativo

Tabla 11. Modelo legal. Ítem n.º 23: Paciente insatisfecho debe asesorarse con abogado

Modelo legal	CONDICIÓN			Total
	Médico	Paciente	Familiar	
muy de acuerdo	0	11	13	24
en acuerdo	3	20	32	55
medianamente en acuerdo	18	17	14	49
en desacuerdo	33	13	16	62
muy en desacuerdo	14	4	2	20
Total	68	65	77	210

Chi cuadrado de Pearson = 58.362, $p = 0.0001$, $p < 0.05$, significativo

Tabla 12. Modelo legal. Ítem n.º 24: Médico interroga solo para diagnosticar y tratar

Modelo legal	CONDICIÓN			Total
	Médico	Paciente	Familiar	
muy de acuerdo	5	14	15	34
en acuerdo	13	23	34	70
medianamente en acuerdo	21	17	16	54
en desacuerdo	25	9	10	44
muy en desacuerdo	4	2	2	8
Total	68	65	77	210

Chi cuadrado de Pearson = 26.462, $p = 0.001$, $p < 0.05$, significativo

Tabla 13. Modelo legal. Ítem n.º 25: Relación médico-paciente similar a relación agente de ventas y comprador

Modelo legal	CONDICIÓN			Total
	Médico	Paciente	Familiar	
muy de acuerdo	0	4	3	7
en acuerdo	3	10	13	26
medianamente en acuerdo	5	10	9	24
en desacuerdo	24	23	32	79
muy en desacuerdo	36	18	20	74
Total	68	65	77	210

Chi cuadrado de Pearson = 20.471, $p = 0.009$, $p < 0.05$, significativo

De esta manera, la relación médico-paciente-familia en los hospitales HNAAA y HLHI se muestra caracterizada de la siguiente manera en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Ítems del cuestionario de RMPF con diferencias entre médicos, pacientes y familiares y dimensiones afectadas en el Servicio de Emergencia de dos hospitales de EsSalud

Dimensión	n.º ítem del cuestionario con diferencias	n.º de Tabla (análisis de Chi Cuadrado)	Contenido
Deshumanización de la medicina	7	4	Los pacientes y familiares tienen el concepto que en la práctica médica diaria existe discriminación del paciente por su condición de homosexual (gay, lesbiana) u otra tendencia sexual.
Modelo paternalista	11	5	La alta eficacia de los avances científicos y técnicos en medicina, hacen innecesario tomar en cuenta la opinión y el sentir de los pacientes.
	12	6	Como los criterios de la ciencia y la fe religiosa se contradicen, el trabajo del médico debería centrarse solamente en la enfermedad del paciente.
	14	7	El médico debe centrarse solamente en tratar al paciente en función de su enfermedad.
	16	8	La tecnología y los avances científicos aseguran el éxito del trabajo médico.
	18	9	Es más importante en el trabajo médico, el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad que poner atención a los problemas personales del paciente.
Modelo legal	22	10	Un documento legal firmado ante notario sobre deberes y derechos mejoraría la relación entre el médico y el paciente.
	23	11	El paciente debería asesorarse con un abogado cuando está insatisfecho con la atención del médico.
	24	12	El médico interroga al paciente únicamente para diagnosticar y proponer un tratamiento.
	25	13	La relación entre el médico y el paciente es similar a la relación entre un agente de ventas y un comprador o cliente.

En el resto de ítems del cuestionario no se hallaron diferencias significativas en la concepción antropológica, en el modelo de alianza y en el modelo de autonomía en la toma de decisiones médicas.

En el cuestionario que hemos utilizado (Rodríguez y Mardones 2012), los autores distinguieron aspectos conceptuales y vivenciales en la RMP. Los conceptuales en este cuestionario corresponden a la concepción antropológica y a la deshumanización de la medicina. Los vivenciales son los relacionados a la RMP: modelo paternalista, modelo de alianza, modelo legal y modelo de autonomía en la toma de decisiones médicas.

Solo hemos encontrado diferencias significativas en un solo ítem de la deshumanización de la medicina (discriminación por condición sexual), y en cinco del modelo paternalista y en todos del modelo legal.

Con respecto a la percepción de la discriminación por condición de homosexual u otra tendencia sexual, puede responder a varias razones que pueden ser originadas en la formación de los médicos, razones culturales, religiosas o por la presencia actual de la ideología de género en nuestra sociedad, o porque es un tema que no está adecuadamente esclarecido. Este aspecto de la condición homosexual es de tipo conceptual, es decir, se refiere al concepto o idea que los médicos, pacientes y familiares tienen de la RMP. Probablemente, exista el convencimiento de que los médicos tienen conductas diferenciadas para brindar la atención médica a estos pacientes, como ha sido reportado en nuestro país; como por ejemplo en el caso de un técnico de enfermería de tendencia homosexual atendido en el Hospital de Nuevo Chimbote (Diario El Comercio, 2015) que denunció ser agredido verbalmente por el Jefe de Servicio de Rayos X. En Chile, también dos personas homosexuales denunciaron que los médicos les dieron un diagnóstico de VIH/SIDA al presentar enfermedades que “sólo se presentan en homosexuales”, sin verificar un examen previo (Diario La Segunda Online, 2012). La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2015) informa que en los establecimientos de salud de Estados Unidos y otros países de América, el 56 % de las personas gay, lesbianas y bisexuales; y 70% de las personas trans y aquellas no conformes con el género, afirmaron haber sufrido negativa a ser atendido, ser culpados por su salud, el personal de salud se niega a tocarlos o utilizaron precauciones excesivas, algunos profesionales de la salud usaron lenguaje grosero y abusivo (Comisión Interamericana de derechos Humanos, OEA, 2015).

Este aspecto conceptual hallado de la posible discriminación de los homosexuales y otras tendencias sexuales en los resultados necesita mayor aclaración. Es una limitación del presente estudio porque no revela la verdadera naturaleza del problema. Es una oportunidad para desarrollar una investigación cuali-cuantitativa para entender a profundidad lo que verdaderamente ocurre con este tema de la RMPF. Otra limitación del presente trabajo es que el cuestionario no evalúa la posible condición sexual de los médicos, pacientes y familiares. No sabemos si el encuestado tiene alguna condición homosexual u otra tendencia sexual, o pudo experimentar vivencialmente la discriminación por su condición sexual en la RMPF en algún momento de su interrelación.

La deshumanización de la Medicina se desarrolla desde la época de la formación de los médicos, durante el periodo estudiantil y luego, en el nivel asistencial, manifestándose un perfil de un médico deshumanizado que correspondería al de un técnico, con una actitud soberbia que menosprecia la esencia espiritual del ser humano, insensible a su dolor, con una relación médico-paciente despersonalizada enmarcada en un trato despótico, sin importar la opinión del paciente; tal médico es desinteresado y no explica las conductas ni las opciones terapéuticas (Morales, 2017).

Los dos aspectos vivenciales que hemos hallado con diferencias en el presente trabajo corresponden al modelo paternalista y al modelo legal. Cinco de ocho del modelo paternalista y todos los ítems del modelo legal. Esto quiere decir, que los médicos, pacientes y familiares han manifestado en las respuestas su experiencia vivida en la RMP.

Rodríguez (2012), manifiesta que “un médico tiene actitud paternalista cuando utiliza sus capacidades para determinar la condición del paciente y su estado en el proceso de la enfermedad identificando las pruebas y tratamiento que más probablemente restauren la salud del paciente o disminuyan el dolor; presenta la información seleccionada y exhorta al paciente a consentir en la intervención que él considera mejor”. Este autor también considera en este modelo lo “tecnológico” acentúa el carácter “científico” del médico quien se interesa en el paciente en cuanto a un “caso”, ignorando completamente los aspectos humanos de la relación con el enfermo, como los relacionados a la vivencia religiosa o espiritual, así como la opinión y el sentir del paciente o sus problemas personales, tal como se ha hallado en los resultados.

Si bien se ha reconocido que hasta la época moderna se mantuvo el valor de la llamada relación médico-paciente “paternalista” (del latín páter o padre) en la que el médico tenía el control de las preferencias y acciones del enfermo (Morales, 2017), aún subsisten rezagos de él en nuestra sociedad. Mingote Adán, citando a Haidet, refiere que a pesar del esfuerzo realizado por los profesionales de la enseñanza, médicos y las instituciones, los estudiantes de los últimos años de medicina tienen más actitudes orientadas al paternalismo en la interacción médico-paciente de las esperadas, a pesar de conocer que una interacción centrada en el médico está relacionada con una menor satisfacción y confianza del paciente en la figura del médico (Mingote Adán JC, 2008).

Celedón (2016) afirma que a “los pacientes lo que más le frustran es la falta de comunicación con el médico e incluso la priorizan respecto a la receta y exámenes complementarios, que es lo que precisamente el médico le da importancia. Prefieren que la información sobre su enfermedad se la diga su médico y no informarse por Internet. El paciente cada día asume mejor su autonomía y exige no sólo información de su médico, sino participar en la toma de decisiones en su tratamiento. Este compartir en la toma de la decisión del tratamiento con su médico no se asume en el 70% de los casos sobre todo en atención primaria. La población no ha internalizado ese derecho: no asume su responsabilidad ni su libertad. Los datos anteriormente expuestos indican lo difícil que es salir del modelo paternalista. La importancia del cambio de modelo no radica solo en el respeto que se debe tener a la persona, sino que también en los mejores resultados de la eficacia terapéutica que conlleva la adopción de modelos centrados en el paciente, basados en la comunicación y el desarrollo de procesos compartido” (Celedón, 2016).

Todos los ítems del modelo legal del cuestionario utilizado en este trabajo fueron significativamente diferentes en cuanto a la respuesta de los médicos, los pacientes y sus familiares. Este es un aspecto vivencial que probablemente está fundado en la insatisfacción que sienten los pacientes y sus familiares cuando entran en contacto con los servicios de salud. Asimismo, existe en la sociedad una animadversión a las omisiones, impericias o negligencias médicas que son muchas veces exageradas y distorsionadas en los medios de comunicación.

Incluso, en el ámbito académico, hay manifestaciones satíricas a los médicos como en el de Buendía (2015) que califica a los médicos de “Judas” como si se tratara del Judas bíblico:

“La pregunta que surge es: ¿cómo pueden ser traicionados los pacientes? La respuesta consiste en ocasionar un daño producto de una mala praxis médica. Sin embargo, existen errores que no se pueden probar y que impiden que la víctima pueda conseguir de aquel “Judas” un resarcimiento por el daño sufrido” (Buendía de los Santos, 2015).

Muchos de estos hechos terminan hasta en agresiones a los médicos, como se ha señalado en el estudio de Muñoz del Carpio-Toia (2016) en que el 84% de 200 médicos encuestados, en tres hospitales de la seguridad social en Arequipa, refieren haber sido víctimas de violencia alguna vez en su vida profesional, 47% en el último año y 32% en el último mes. La mayoría de los eventos violentos fueron verbales, ya sea en forma de amenaza, insulto o violencia psicológica, 6% refirió haber sufrido violencia física y 4% acoso sexual. El principal perpetrador fue el familiar o el acompañante del paciente en el 72,2% de los casos (Muñoz del Carpio-Toia, 2016). En este estudio el 100% de las agresiones a los médicos se dieron en los Servicios de Emergencia y Psiquiatría.

Otro estudio realizado en Lima por Tuya-Figueroa (2014), encontró que el 59,6% de 406 médicos encuestados reportó haber sido testigo de violencia laboral externa tipo amenaza (VLETA) a sus colegas, 31,5% sufrieron VLETA alguna vez durante su práctica profesional, 19,9% en los últimos doce meses y 7,6% durante el último mes. El turno en el que más agresiones se reportaron fue la mañana, y el lugar donde ocurrieron con más frecuencia fue la sala de emergencias. Los familiares de los pacientes fueron quienes amenazaron a los médicos con más frecuencia (75,3%), más de la mitad de agresores fueron varones y cerca de un décimo de los agresores estuvo bajo el efecto del alcohol u otras sustancias. El 65,4% de hechos estaba vinculado a pacientes estables (Tuya-Figueroa, 2016).

Santamaría-Benhumea (2014) menciona que en una encuesta realizada en cirujanos especialistas quienes reportaron que más del 70% de ellos habían sido demandados al menos una vez durante el ejercicio de su profesión. Señala, además, que algunos estudios estiman que uno de cada veinticinco pacientes que han sufrido negligencia médica interpone una demanda, a pesar de ello por cada cuatro demandas entabladas tres resultan con sentencia favorable para el médico tratante. Cometer errores es una característica del ser humano, pero en el caso del error médico no está sujeto al perdón, ubicando al médico en desventaja con otras profesiones ya que genera consecuencias en la salud, siendo ésta uno de los valores fundamentales protegidos por la ley (Santamaría-Benhumea N, 2014).

En los resultados, los pacientes y familiares respondieron que la firma de un documento ante notario podría mejorar la RMPF. La mayoría de médicos no estaba de acuerdo con ello. Actualmente no existe un procedimiento en los servicios de nuestro país que regule la firma de un documento para garantizar el desarrollo de la RMP.

Sin embargo, si debe firmarse el documento de consentimiento informado (DCI) para evitar demandas por la falta de información al paciente. La respuesta a la pregunta de si un documento firmado ante notario mejoraría la RMP entre el médico, el paciente y su familia, denota un deseo de información basado en el principio de autonomía. Vera Carrasco (2016), señala que un principio comúnmente aceptado es que los médicos que comunican bien con sus pacientes son los que menos reclamaciones tienen. El derecho a la información al paciente es una derivación del Derecho Humano a la Autonomía de la voluntad o a la libre determinación de las personas como seres autónomos. Así es como surge el concepto de información clínica y consentimiento informado (Vera Carrasco, 2016).

Una gran parte de las reclamaciones atribuyen al médico una falta de información que no permitió que el paciente pudiera negarse al procedimiento diagnóstico o terapéutico que presumiblemente ocasionó el daño o conocer los riesgos el mismo. La ley ampara al paciente al cual no se le ha permitido ejercer su derecho a la autonomía personal. Por esta razón, en los litigios por presunta negligencia médica, cuando no se puede acreditar y documentar que esa información ha sido facilitada -por ejemplo, si no existe un Documento de Consentimiento Informado (DCI) suficiente, personalizado y explícito- la sentencia suele ser condenatoria para el médico (Vera Carrasco, 2016).

En el DCI, además, deberían constar todos los factores particulares del paciente (antecedentes, edad, tratamientos, comorbilidad) que podrían modificar el riesgo estándar del acto médico propuesto (Vera Carrasco, 2016).

Estos reclamos legales, presentes en los resultados de nuestro estudio, coinciden con la tendencia al incremento de los problemas legales de la RMP en el Perú. Es decir, hay un ambiente propicio para las demandas legales por parte de los pacientes y sus familiares. Un estudio de Sogi-Uematzu (2014) realizado entre los decenios de 1991 a 2010 de las sentencias emitidas por el Colegio Médico del Perú, reveló que el primer decenio (1991 a 2000), las 84

resoluciones (24,8%) contenían 157 infracciones al código, las más frecuentes fueron en el título relación médico paciente (35,7%). En el segundo decenio (2001 a 2010), las 253 resoluciones (75,2%) contenían 388 infracciones, las más frecuentes fueron en el título derechos del paciente (55%). Concluyeron que la frecuencia de las denuncias éticas se triplicó entre los dos decenios evaluados (Sogi-Uematzu, 2014).

Por último, una de las respuestas del modelo legal de los pacientes y familiares es considerar que la RMP es similar a la relación entre un agente de ventas y un comprador o cliente. También, un pequeño número de médicos piensa lo mismo. Es decir, la deshumanización de la RMP no es solo un problema de los médicos, sino también de parte de los pacientes y sus familiares. García-Huayama (2015) afirma que se producido una cierta “despersonalización” de la medicina y esto provoca que la relación médico-paciente deje de ser una relación de confianza para dar paso a una relación jurídica, de corte mercantil. En otras palabras, el galeno ha pasado a ser un prestador de servicios y, por consiguiente, el tratamiento que se le brinda ha saltado de un estrecho contacto social a una relación contractual de la que se derivan una serie de derechos y obligaciones; y en el caso de incumplimiento, surge el derecho del usuario a obtener una reparación por los daños ocasionados. El paciente en la modernidad aparece como un acreedor de la prestación de salud, un consumidor anónimo de servicios médicos (García-Huayama, 2015).

Un aspecto muy importante en los resultados de este trabajo es la coincidencia entre médicos, pacientes y familiares en la concepción antropológica de la importancia de la dimensión espiritual y religiosa de la persona. Asimismo, consideraran que, si la medicina es una ciencia, ello no hace innecesaria la dimensión religiosa de la persona. Por otro lado, creen que lo espiritual fortalece y compromete más el profesionalismo de los médicos.

Este hallazgo coincide en lo reportado por Souza Junior (2015) en un estudio que los médicos y pacientes (80% del total de ellos católicos), consideran la fe y la religión como muy importante en la evaluación y en el pronóstico de la enfermedad renal crónica. Entre los médicos, fue evidente que le atribuyen a la creencia religiosa la capacidad de fortalecer a los pacientes en la lucha diaria contra la enfermedad y de propiciar un alivio mayor frente al compromiso que ésta causa en la calidad de vida de los enfermos. No obstante, el 40% de los médicos resaltaron la amplitud del factor benéfico de la religión, que abarca, favorable e igualmente, el curso de todas las enfermedades, no siendo exclusivo de la insuficiencia renal

crónica. Entre los pacientes, el 90% ve en la religión un factor de esperanza de cura y de buena evolución de la enfermedad. Creen que Dios está por encima de sus enfermedades y que, al depositar en Él su confianza, hay mayores perspectivas de cura (Ávila Souza Júnior, 2015).

En el mismo estudio de Ávila Souza junior (2015), se reportan y evidencian asociaciones entre una mayor religiosidad o espiritualidad de los pacientes y un mayor bienestar general en casos de enfermedades mentales; menor prevalencia de depresión, abuso de drogas y suicidio; mejor calidad de vida; un modo más adecuado de lidiar con la enfermedad; menor mortalidad; menos tiempo de internación; y hasta incluso un mejor funcionamiento inmunológico (Ávila Souza Júnior, 2015).

Otro hallazgo interesante es que los médicos, pacientes y familiares están de acuerdo con el modelo de alianza de la RMP. Según Rodríguez y Mardones (2012), el modelo de la alianza es una relación de colaboración y de acuerdo recíproco médico-paciente. “Para que un modelo de relación médico-paciente se acerque más a una relación de equilibrio entre la confianza que el paciente otorga al médico tratante y su capacidad de tomar decisiones tras haber sido informado, ha de proveer las bases para que se establezca un diálogo entre el médico y el paciente y una relación de mutua confianza, desinteresada. En circunstancias ordinarias, el tomar decisiones es tarea de ambos, médico y paciente, respetando siempre la integridad de la persona. El médico toma decisiones por y con el paciente, no en lugar del paciente” (Rodríguez y Mardones, 2012).

Según nuestro concepto este modelo de la alianza es el ideal que debemos lograr. Sin embargo, a pesar de que los médicos, pacientes y familiares coinciden con este modelo vivencial como hemos encontrado en nuestros resultados, las malas experiencias que los pacientes y familiares han tenido hacen que la confianza se haya perdido, por eso están de acuerdo con el modelo legal. Rodríguez y Mardones (2012), mencionan que los aspectos legales en el modelo de la alianza se exigen porque es una relación pública, pero no constituye el punto de partida de la relación, sino que las condiciones de solidaridad y cooperación mutua preexistentes a la relación son las que predominan.

De acuerdo con la bioética principialista, en los hallazgos de este trabajo, el modelo legal hace referencia al principio de autonomía del paciente y el modelo paternalista al del principio de beneficencia.

García (2013) refiere que Tom Beauchamp y James Childress crearon el *principialismo* y “elaboraron un ‘paradigma’ moral para quienes trabajan en el ámbito de la salud, a los fines de proporcionar una referencia práctico y conceptual que pueda servir de orientación en situaciones concretas. Tal paradigma, como se sabe, estaba asentado en las bases de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, interpretados a la luz de dos teorías, el utilitarismo mitigado y la deontología *prima facie*” (García, 2013).

García (2013) describe que el *principialismo* tiene cuatro principios: 1) El principio de *autonomía*: en el ámbito médico significa que los valores, criterios y preferencias del enfermo gozan de prioridad en la toma de decisiones, en virtud de su dignidad como sujeto. Este principio guarda inmediata relación con la cuestión del consentimiento informado de la persona actual o potencialmente enferma. Esto permite una relación más simétrica entre médico-paciente, alejando así el antiguo paternalismo médico, 2) Principio de *beneficencia*: compromete a proporcionar beneficios a los demás. Es decir, hacer todo el bien al paciente. Claro que el problema que se presenta aquí de inmediato es la variedad de concepciones acerca de lo que podemos entender por beneficio o perjuicio; 3) Principio de *no maleficencia*: nos obliga a no dañar a los demás. Clásicamente conocido como *primun non nocere*, es un principio prioritario y 4) Principio de *Justicia*: en el acto médico hay un tercer actor, la sociedad, en la que el médico y el paciente se insertan. En ella, todos los sujetos merecen el mismo respeto y deben reivindicar su derecho a la vida, a la salud y a la equidad en la distribución de los recursos sanitarios. El principio de justicia refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, en lo que respecta al Estado, a la equitativa distribución de recursos para la sanidad, los hospitales, la investigación, etc. (García,2013).

Estos “principios y especificaciones no son absolutos sino siempre *prima facie*, o sea la obligatoriedad de los mismos es relativa a la aparición de lo que se entienda una obligación mayor. *Prima facie* sugiere que se está hablando sólo de un aspecto que una situación moral presenta a primera vista, y que puede resultar ilusorio”. O sea, una obligación *prima facie* debe cumplirse, excepto si, en una situación particular esa obligación entra en conflicto con otra de igual o mayor valor (García, 2013).

Muchos critican al principialismo por su insuficiencia para explicar la complejidad de la experiencia moral. Dicha complejidad de la vida moral escapa a la simple posibilidad de encasillarla esquemáticamente y rígidamente en los principios. Así García (2013) concluye

que “el paradigma principialista dirigiendo su atención a la aplicación de principios a la praxis arriesga olvidar la experiencia moral” (García, 2013).

La bioética personalista promueve el bien íntegro de la persona humana. El personalismo ontológico surge del pensamiento clásico-patristico, en Santo Tomás de Aquino alcanza su cenit y se enriquece con modernos aportes como los de Jacques Maritain, Emmanuel Mounier, Etienne Gilson, Agostino Gemelli, Gabriel Marcel, Emanuel Lévinas, Martin Buber, Karol Wojtyla y otros. En ellos la razón no ha trabajado mortificado por la fe cristiana, sino en cordial sintonía con la misma. En este sentido, en los escritos de Sgreccia, padre de la bioética personalista, hay referencia frecuente a la enseñanza de la Iglesia Católica, persuadido de que una visión de fe en nada disminuye o disturba la autónoma reflexión racional. (García, 2013).

Según García (2013) los principios de la bioética personalista son: 1) Principio de *defensa de la vida física*: la vida física, corpórea, es el valor fundamental de la persona porque no puede existir si no es en un cuerpo. Tampoco la libertad puede darse sin la vida física: para ser libre es necesario ser viviente. No se puede ser libre si no tenemos la vida. La vida llega con anterioridad a la libertad; por eso, cuando la libertad suprime la vida es una libertad que se suprime a sí misma; 2) Principio de *Totalidad*: la persona humana que es libre con su organismo corpóreo constituye una totalidad y el organismo mismo es una totalidad. De aquí se deriva el *Principio terapéutico*, por el cual es lícito intervenir en una parte del cuerpo cuando no hay otra forma para sanar la totalidad del cuerpo. Se requieren las siguientes condiciones precisas: *consentimiento informado* de la persona, esperanza de éxito, e imposibilidad de curar la totalidad sin intervención; 3) Principio de *Libertad y Responsabilidad*: la persona es libre para conseguir el bien de sí mismo y el bien de las otras personas y de todo el mundo, pues el mundo ha sido confiado a la responsabilidad humana. Se debe procurar una bioética de la responsabilidad frente a las otras personas, frente a sí mismo y, ante todo, a la propia vida, a la vida de los otros hombres, de los otros seres vivientes; y 4) Principio de la *Sociabilidad y Subsidiaridad*: La persona está inserta en una sociedad y es el centro de la sociedad, por eso debe ser beneficiaria de toda la organización social, porque la sociedad se beneficia de la persona. La relación social es también ayudada por el concepto de subsidiaridad. Es decir, que todo el bien que puede hacer la persona por sí mismo debe ser respetado, así como todo el bien que pueden hacer las personas asociadas

debe ser respetado también. Esto implica que sean ayudados aquellos que no pueden ayudarse por sí mismos, que no tienen posibilidad de buscar lo necesario por sí mismos, lo necesario para su alimentación, para su salud, para su instrucción. La sociedad es una verdadera sociedad cuando es solidaria. La *subsidiaridad* puede definirse también como *solidaridad* (García, 2013).

La dignidad de la persona es otro aspecto fundamental de la bioética personalista, Burgos (2013) agrega que “la persona es un ser digno en sí mismo pero necesita entregarse a los demás para lograr su perfección, es dinámico y activo, capaz de transformar el mundo y de alcanzar la verdad, es espiritual y corporal, poseedor de una libertad que le permite auto-determinarse y decidir en parte no solo su futuro sino su modo de ser, está enraizado en el mundo de la afectividad y es portador y está destinado a un fin trascendente” (Burgos, 2013). Estos resultados sugieren que los médicos, y también los pacientes y sus familiares tienen una relación no empática: es paternalista, deshumanizada, despersonalizada y con desconfianza por las características del modelo legal. Asimismo, los pacientes y los familiares están deshumanizados, pues las expectativas y exigencias que ejercen sobre los médicos están idealizadas y son poco realistas.

Bascuñan (2005) en un estudio cualitativo recoge varios aspectos en que los médicos expresaron su insatisfacción por el proceder de sus pacientes y familiares, sobre todo el sentirse amenazados por las demandas legales y sentir la falta de respeto, deferencia y reconocimiento por parte de ellos, así como la tecnificación y la especialización en medicina que no permiten establecer una adecuada relación (Bascuñan, 2005).

CONCLUSIONES

La relación médico-paciente-familia (RMPF) en los hospitales de EsSalud Alanzor Aguinaga Asenjo y Luis Heysen Incháustegui tiene las siguientes características:

1. Deshumanización de la medicina: los pacientes y familiares tienen el concepto que en la práctica médica diaria existe discriminación del paciente por su condición de homosexual (gay, lesbiana) u otra tendencia sexual.
2. La RMPF tiene características del modelo paternalista:
 - 2.1 La alta eficacia de los avances científicos y técnicos en medicina, hacen innecesario tomar en cuenta la opinión y el sentir de los pacientes.
 - 2.2 Como los criterios de la ciencia y la fe religiosa se contradicen, el trabajo del médico debería centrarse solamente en la enfermedad del paciente.
 - 2.3 El médico debe centrarse solamente en tratar al paciente en función de su enfermedad.
 - 2.4 La tecnología y los avances científicos aseguran el éxito del trabajo médico.
 - 2.5 Es más importante en el trabajo médico, el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad que poner atención a los problemas personales del paciente.
3. La RMPF tiene también características del modelo legal.
 - 3.1 Un documento legal firmado ante notario sobre deberes y derechos mejoraría la relación entre el médico y el paciente.
 - 3.2 El paciente debería asesorarse con un abogado cuando está insatisfecho con la atención del médico.
 - 3.3 El médico interroga al paciente únicamente para diagnosticar y proponer un tratamiento.
 - 3.4 La relación entre el médico y el paciente es similar a la relación entre un agente de ventas y un comprador o cliente.
4. La RMPF de los dos hospitales del Servicio de Emergencia de EsSalud estudiados sugiere que no sólo los médicos, sino también los pacientes y familiares tienen una relación deshumanizada y despersonalizada, no empática, por sus características paternalistas y con desconfianza por las características del modelo legal.

RECOMENDACIONES

Realizar una investigación cuali-cuantitativa para tratar de entender a profundidad lo que verdaderamente ocurre con el aspecto conceptual relacionado a la posible discriminación por condición homosexual u otras tendencias sexuales de la RMPF encontrada en el presente estudio.

Implementar la propuesta de coaching clínico personalista como curso en la estructura curricular en la educación médica a nivel de pregrado y posgrado.

PROPUESTA DE COACHING CLÍNICO PARA OPTIMIZAR LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE DOS HOSPITALES DE ESSALUD DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE

Según Montaner Abásolo (2012), el coaching aplicado a la clínica asistencial es un proceso de acompañamiento que ayuda a potenciar las fortalezas y mejorar la calidad de vida del paciente a partir de sus propias metas de salud integral. También el personal sanitario puede beneficiarse de las herramientas del coaching personalista (Montaner Abásolo,2012).

Si bien Burgos ha señalado la falta de especificidad de la filosofía y la bioética personalista, él considera que este problema se puede superar y resolverse acudiendo a contemporáneos de Mounier que, en dependencia de él o bien de modo autónomo, elaboraron una filosofía de corte personalista al buscar, de modo paralelo, una solución a los mismos problemas a los que se enfrentaba Mounier. El conjunto de pensadores que se pueden incluir en este marco es numeroso y acoge a filósofos de tanta entidad como Martin Buber, Maritain, Nédoncelle, Pareyson, Edith Stein, Emmanuel Lévinas, Karol Wojtyla, Romano Guardini, Gabriel Marcel, Julián Marías, Xavier Zubiri, y Dietrich von Hildebrand etc. La unión del movimiento ideológico y filosófico creado por Mounier más el aporte filosófico de estos pensadores es *lo que constituye el personalismo contemporáneo o la filosofía personalista en sentido estricto*. Sin embargo, Burgos cree que el personalismo ontológico moderno es el que puede alcanzar mayor especificidad gracias a la contribución de Sgreccia (Burgos M. , s.f.)

Objetivos

1. Mejorar progresivamente la relación médico-paciente-familia de los Servicios de Emergencia de los Hospitales Almanzor Aguinaga Asenjo y Luis Heysen Inchaústegui de la Red Asistencial de Lambayeque de EsSalud.
2. Cultivar nuevas habilidades de comunicación y actuación empática a través de consultas positivas de los médicos, pacientes y familiares superando los aspectos conceptuales por discriminación de condición homosexual o de otra tendencia sexual, evitando o mitigando el paternalismo y las amenazas legales en los Servicios de Emergencia de dos hospitales de EsSalud en la Red Asistencial de Lambayeque.

Tipos de coaching a implementar: coaching individual y coaching grupal.

Forma de aplicar el coaching:

Compromiso de los directivos de EsSalud para aplicarlo en los hospitales Almanzor Aguinaga Asenjo y Hospital Luis Heysen Inchaústegui.

Puede instalarse en una forma de proyecto piloto en uno de los servicios de emergencia de estos hospitales.

Por ser una estrategia nueva de tipo institucional en EsSalud, su aplicación sería en sesiones de totales de 42 horas: 8 sesiones teóricas de 4 horas (en ambientes universitarios), 5 horas de coaching individual (en ambiente universitario), 3 horas de coaching grupal (en ambiente universitario) y 2 horas de aplicación práctica en el campo clínico.

Personal que realizará el coaching: médicos entrenados en coaching clínico con enfoque personalista de universidades locales o que se capaciten previamente para que luego repliquen lo aprendido.

Metas:

1. Actualizar y consolidar los aspectos emocionales, cognitivos y actitudinales de los médicos con relación a la centralidad de la persona como ser sexuado, hombre y mujer, y su multidimensionalidad afectados por el proceso de salud y enfermedad.
2. Mejorar el desempeño laboral y profesional de los médicos.
3. Mejorar la satisfacción de los médicos, pacientes y familiares en su interrelación biosanitaria.
4. Lograr una comunicación trascendente y empática que logre la maduración y el desarrollo personal de los médicos, pacientes y sus familiares.

Formas de medir los resultados: medición de desempeños y de satisfacción en médicos, pacientes y familiares con escalas de Likert validadas.

Elementos necesarios por construir para el manejo cognitivo y emocionales en la RMPF (Cuadro 2 y Cuadro 3)

Comunicación trascendente: tipo de interacción con el paciente y sus familiares que tenga en cuenta sus capacidades (en su multidimensionalidad) gestando una relación sanitario-paciente-familia de naturalidad y para el crecimiento personal mutuo. Comunicamos más con lo que somos que con lo que decimos. Implica la gestión de lo corporal como ayuda al manejo

emocional para dar mayor seguridad al profesional. Es importante la comunicación positiva en sus aspectos verbales y no verbales y que incluya lo emocional (Montaner Abásolo, 2012).

Consulta positiva: consulta médica en la que el médico se muestra cálido y amigable, firme y tranquilizador (Montaner Abásolo, 2012).

Empatía: conceptualizada en el contexto sanitario como la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como sus perspectivas y experiencias, no consta solo de contenido emocional, sino que también presenta tres componentes básicos: cognición, comprensión y comunicación (Martínez, 2016).

Modelo de la alianza: la RMP de tipo alianza consolida el papel de la confianza, pero destaca aún más el papel de la compasión, la empatía y la comunicación apropiadas para el cuidado de la persona individual en su identidad y vinculaciones, sin desatender el cuadro de síntomas ni la patología. Un sanador vinculado por la alianza con su paciente se compromete en su totalidad, es decir, no fragmenta su asistencia en procedimientos y su tiempo en horas que se cargarán en una factura por servicios prestados. Más bien se mostrará fiel al arte de cuidar a su paciente, y de este modo generará confianza (Lugo, 2011).

Corporeidad-espiritual como encarnación coesencial de la persona (Elio Sgreccia): la persona humana es fundamento y criterio ético, en sentido subjetivo y cuando expresa una acción ética como libre elección de la persona. En sentido objetivo, la persona es fundamento, medida y término de la acción moral. Una acción es ética si respeta la plena dignidad de la persona humana y los valores están intrínsecamente inscritos en su naturaleza. También, una acción es lícita y moralmente buena si procediendo de una elección consciente, respeta a la persona y perfecciona su ser y su crecimiento. De este modo, se marca distancia con el subjetivismo irracional de las elecciones morales (emotivistas, decisionistas y cultores de la moral de la situación) como de los defensores del contractualismo y utilitarismo social derivados del balance entre valoraciones y juicios de la sensibilidad social. De esta manera se consigue la conciencia de sí y la urgencia moral de seguir su propio bien, las acciones para el bien propio y de toda persona (Sgreccia, 2013).

De este fundamento se derivan los principios orientadores de la bioética personalista: el respeto de la vida física desde la concepción como valor fundamental e imprescindible de la persona; la justificación de toda intervención terapéutica como reintegración de la corporeidad y el respeto de la dignidad de la persona; la exigencia irrenunciable en el ámbito

de la medicina del principio del consentimiento que implica la libertad y responsabilidad ya sea del paciente ya sea del personal sanitario; y las implicaciones en el plano social y de la justicia social en la asignación de recursos y en la organización de las políticas sanitarias. (Sgreccia, 2013)

Ejercicio de la libertad y el Gemüt de Edith Stein para la bioética clínica: (Robles Morejon, 2016) “propuesta de empatía de una concepción antropológica que otorga un fundamento suficiente a la relación clínica al plantear la constitución esencial y tripartita de la persona: cuerpo, alma y espíritu. Es precisamente por el espíritu (alma ad extra) que la persona humana tiene la potencialidad de su libertad inscrita en su esencia. Es en el ejercicio de esta libertad donde tiene la capacidad de compenetrarse con el otro, entender el sentido de lo que le rodea, “le descubre al hombre el mundo exterior, hace posible su acceso a otros espíritus, objetivos y subjetivos, y está al servicio de su desarrollo personal. Las implicaciones bioéticas de este sustento antropológico podrían tener un campo de ejecución muy preciso en la relación médico paciente, sobre todo en el ámbito de la confidencialidad y manejo de la información por parte del médico. En este sentido una adecuada formación del profesional médico sustentada en estos pilares antropológicos de la intersubjetividad se podría revertir en un desarrollo de las habilidades de comunicación con el paciente, pudiendo contribuir así a conseguir los objetivos tanto en salud como en humanización de la profesión médica. Está en manos del profesional sanitario la posibilidad de iniciar y mantener una relación empática con los pacientes, hacerles sentir confortados y acogidos como personas. Esta es una necesidad que traspasa la barrera de la salud corporal, barrera que el médico podría traspasar para no asumir el rol opuesto de paternalismo, servilismo, autoritarismo, laissez-faire, entre otros” (Robles Morejón, 2016).

Gemüt: (Robles Morejon, 2016) Stein plantea que el ser humano se desarrolla como especie doble “hombre” y “mujer”, la esencia humana se expresa de dos modos diversos, el cuerpo del varón y de la mujer son fisiológica y anatómicamente distintos, y que toda la vida corporal, anímica y espiritual es también diferente porque tienen un tipo distinto de alma. Asimismo, es de consideración especial la especificidad con que marca a cada uno: el varón tiende más a lo objetivo y a un desarrollo unidireccional; la mujer a lo personal y a la totalidad. Pero ambos, seres humanos, poseen un constitutivo nuclear en su forma espiritual: el Gemüt: el sello de lo verdaderamente humano. Stein plantea que la mujer está por su gemüt

capacitada especialmente para el ejercicio biomédico. El profesional médico varón, aunque posea, según Stein, la tendencia hacia lo objetivo de manera unidireccional no deja de tener como punto nuclear de su forma anímica aquella capacidad de apropiarse interiormente de lo que capta con los sentidos y con el entendimiento, en nuestro caso la relación médico-paciente se ve asistida por el Gemüt. Si el médico varón está capacitado esencialmente, por la constitución de su forma anímica y espiritual para entablar ese contacto de ‘interior a interior’ con su paciente, mucho más lo es la profesional médica mujer, pues el Gemüt en ella está más desarrollado, y esto se suma a las primigenias características del alma femenina: tendencia a lo personal y a la totalidad (Robles Morejón, 2016).

Espiritualidad inspiradora en profesionales de la salud (José Kentenich): es una espiritualidad inspiradora de los profesionales en salud con tres componentes:

a) Instrumentalidad ministerial del médico, b) Alianza de Amor y, c) fe práctica en la Divina Providencia, para así, en una vinculación de alianza de amor con su paciente y cobijados en una creencia práctica en la divina providencia, articular la vocación del médico cristiano interpretada como ministerio (Lugo, 2011).

Sentido de la vida y de la muerte (Víctor Frankl): “el sentido” constituye la clave para que algunas personas que, aun en las más horribles condiciones, pueden sobrevivir. Este autor aboga por la “voluntad de sentido” a través de tres acercamientos: a) los “valores actitudinales”, que incluyen virtudes como la compasión, valentía y un buen sentido del humor y, lo que le caracterizó, el sentido a través del sufrimiento (que se puede vivir con dignidad), b) los “valores experienciales o vivenciales”, como el heroísmo en su lucha personal, el goce, el disfrute estético, el amor hacia otra persona, y c) los “valores de creación”, que proceden de lo que el individuo es capaz de producir e inventar, expandiendo su psicología y abriendo una ventana hacia nuevas formas de vida (Montaner Abasolo, 2012).

Suprasentido (Víctor Frankl): es la idea de que, de hecho, existe un sentido último en la vida; sentido que no depende de otros, ni de nuestros proyectos o incluso de nuestra dignidad. Es una clara referencia a Dios y al sentido espiritual de la vida (Montaner Abasolo, 2012). Este enfoque puede aplicarse a nivel espiritual que puede incluir a los no creyentes cristianos. Para elaborar la propuesta de coaching con enfoque personalista, utilizaremos los criterios expuestos por Montaner Abasolo (2012) para el coaching clínico asistencial personalista,

complementando con otros autores que caracterizan la empatía basados en la bioética personalista, como se aprecia a en los cuadros 2 y 3.

En los resultados del presente trabajo se halló que los médicos, pacientes y familiares consideraron como importante la espiritualidad y la religión como complementos importantes para el mejor desempeño del médico. Por ello, es necesario tener en cuenta la necesidad de incentivar el cultivo de estos aspectos en la práctica médica diaria.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La relación médico-paciente-familia (RMPF) debe desarrollarse en el ámbito sanitario involucrando a todos los profesionales de salud que laboran en la entidad prestadora de la salud. Creemos que no se alcanzará una relación óptima entre los médicos, los pacientes y sus familiares si no hay un proceso de personalización de cada uno de ellos. No sólo el médico puede estar deshumanizado y despersonalizado, también lo están el paciente y su familia. Por ello, subsiste en esta realidad de los servicios de Emergencia estudiados aspectos vivenciales del modelo paternalista y del modelo legal de la RMPF.

Esta premisa nos hace vislumbrar la necesidad que EsSalud debe realizar mayores esfuerzos en la capacitación de los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, tecnólogos, etc.) en adquirir competencias y habilidades basados en la bioética personalista, pero también un sentido de humanización a los pacientes y sus familias.

Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, en la RMPF, no sólo el médico es el que se relaciona con el paciente y su familia. También junto a él, en su atención individual - que debe desarrollarse centrado en la persona y en su multidimensionalidad corpórea y espiritual-, están de manera solidaria actuando pasivamente todos los otros profesionales del equipo de salud. Es decir, la relación médico-paciente-familia es un proceso solidario en el que están involucrados los demás profesionales de la salud. El médico en el ámbito de los Servicios de Emergencia debe actuar con rapidez y tiene un tiempo muy corto para establecer un contacto empático con el paciente y la familia. Aquí es donde es necesario aprovechar inmediatamente “las oportunidades empáticas potenciales” que muestran los pacientes y sus familiares para tener “consultas positivas”. Probablemente no tendrá mucho tiempo para establecer una comunicación verbal a profundidad, pero si puede potenciar mucho las capacidades de comunicación no verbal que son muy importantes en este contexto. Este

mismo proceso de comunicación no verbal de naturaleza empática debe establecerse en todo el personal de Emergencia que entra en contacto con los pacientes y sus familiares. Es decir, el trabajo de equipo debe basarse en la verdadera convicción de que se está ante una persona que tiene una dignidad humana que es necesario acoger y potenciar. Deben hacerse conscientes de las manifestaciones subjetivas y objetivas del imperativo de la persona y su accionar ético-moral debe ser lícito y bueno, que debe ejercerse desde la libertad individual para lograr el bien propio y el bien de las demás personas que interrelacionan en este sistema. En los hallazgos del presente trabajo, se encontró que hay una diferencia de percepción conceptual sobre la posible discriminación de las personas homosexuales o de otras tendencias sexuales diferentes a las heterosexuales. Aquí debe utilizarse el personalismo ontológico que considera que la persona humana tiene una doble manifestación personal “hombre” y “mujer”. Esta diferencia existente de cada persona sexuada también se manifiesta a nivel de la relación que establece el varón médico y la mujer médica. La manera en que se comportan en la relación médica los hombres y las mujeres son diferentes. Por ello, es muy importante la presencia de las mujeres en los servicios de salud. No es que se quiera afirmar que las mujeres deban ser las que preferentemente interrelacionen con los pacientes y sus familias. Considerar esto sería una idea discriminatoria. Lo que sugiere la antropología de Edith Stein es que cada uno, hombre y mujer pueden brindar de manera solidaria una mejor RMPF. Tal vez, esta sea la razón porqué existan más enfermeras que enfermeros en el ámbito biosanitario. Consideramos esto porque según el personalismo ontológico moderno, la persona tiene una dimensión social y subsidiaria.

Planteamos que el coaching clínico que se brinde al personal de salud de las emergencias debe ser no solo individual, sino también grupal. Aquí es necesario que el coach despierte en los médicos, hombres y mujeres (coachee), las potencialidades intrínsecas del ser humano sexuada en provecho de la mejor atención del paciente y su familia para crear una relación humana empática, de confianza y de una naturalidad contractual y fiduciaria basada en una auténtica acogida personal. Lo que sugerimos es que el *gemüt steiniano* de las mujeres y hombres profesionales de la salud sean sinérgicos para que la interrelación con sus pacientes (y obviamente con su familia) alcance una óptima satisfacción y exista un mejor desarrollo personal de cada uno de los involucrados en el proceso de atención médica.

Obviamente, esta situación que planteamos algunos puedan considerarla una utopía.

Aquí es necesario considerar el aporte personalista que brinda el pensamiento del padre José Kentenich que considera que la labor del médico (y por extensión a los otros profesionales de la salud) tiene una naturaleza ministerial, basada en una alianza de amor y en una fe práctica basada en la divina providencia. Esto último, puede ser para los que no son cristianos un obstáculo. Pero lo que sugiere el personalismo de Kentenich es que también puede aplicarse esta espiritualidad a los no creyentes. Es decir, si el médico ejerce su práctica con el profundo convencimiento de su instrumentalidad ministerial con una espiritualidad misericordiosa, podrá tal vez superar cualquier tipo de desconfianza en los pacientes y sus familiares. Esta forma de acción ministerial del médico puede producir tal acercamiento empático con los pacientes y sus familias que producirá la desaparición de la desconfianza y la distorsión contractual de la RMPF.

Asimismo, en los servicios de Emergencia, pueden presentarse situaciones límites que amenazan la vida de los enfermos y que también producen la inestabilidad emocional y cognitiva de sus familiares. Aquí es necesario establecer la posibilidad del sentido de Víctor Frankl. Su aplicación es también útil para los que no se consideran cristianos o no son creyentes en un ser superior que dirige la vida de las personas hacia un suprasentido.

Otro elemento que consideramos debe implementarse en los hospitales es una pastoral de salud que atienda la dimensión espiritual de las personas. La evidencia científica disponible, como hemos visto no es muy amplia, pero se reconoce su importancia en los buenos resultados que produce en el proceso de salud enfermedad de los pacientes, así como el sentido ante la muerte que pueden alcanzar las personas que sufren una enfermedad terminal o ante la posibilidad de una muerte no esperada como suele ocurrir en los Servicios de Emergencia.

Como hemos argumentado, líneas arriba, los demás profesionales que trabajan en el Servicio de Emergencia deberían también recibir esta propuesta de coaching clínico.

Otra utilidad de esta propuesta también se dirige a nivel de los estudios de pregrado de Medicina. Los estudiantes de medicina del sexto año o del internado podrían beneficiarse, pues se ha reconocido que el modelo paternalista todavía se encuentra muy enraizado en los últimos años de la formación de los médicos.

Cuadro 2. Característica de una propuesta de coaching personalista en el Servicio de Emergencia de dos hospitales de EsSalud (elaborado por César Sisniegas y Denissa Pajuelo)

Dimensión y modelos de la relación médico-paciente-familia afectados	Características de la relación médico-paciente-familia hallados en este trabajo	Valores y principios de la bioética personalista ontológica moderna a construir en los componentes de la relación médico-paciente-familia	Elementos necesarios de la relación médico-paciente-familia por construir para el manejo cognitivo y de los factores emocionales	Herramienta de coaching personalista necesaria para la construcción de una óptima relación médica-paciente-familia
Deshumanización de la medicina	Los pacientes y familiares tienen el concepto que en la práctica médica diaria existe discriminación del paciente por su condición de homosexual (gay, lesbiana) u otra tendencia sexual.	Valor trascendental de la persona sexuada: hombre y mujer. Dignidad de la persona humana.		
Modelo paternalista	<p>La alta eficacia de los avances científicos y técnicos en medicina, hacen innecesario tomar en cuenta la opinión y el sentir de los pacientes.</p> <p>Como los criterios de la ciencia y la fe religiosa se contradicen, el trabajo del médico debería centrarse solamente en la enfermedad del paciente.</p> <p>El médico debe centrarse solamente en tratar al paciente en función de su enfermedad.</p> <p>La tecnología y los avances científicos aseguran el éxito del trabajo médico.</p> <p>Es más importante en el trabajo médico, el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad que poner atención a los problemas personales del paciente</p>	<p>Principio de Totalidad.</p> <p>Principio de libertad y responsabilidad.</p>	<p>Comunicación trascendente.</p> <p>Consulta positiva.</p> <p>Modelo de alianza en la interrelación médico-paciente-familia.</p> <p>Concepción de la corporeidad como encarnación coesencial de la persona (Elio Sgreccia)</p> <p>Ejercicio de la libertad y el Gemüt de Edith Stein</p> <p>Espiritualidad inspiradora en profesionales de la salud (José Kentenich)</p>	<p>Empatía construida sobre la base de la bioética personalista y no meramente como psicológica, filosófica o como proceder técnico.</p>
Modelo legal	<p>Un documento legal firmado ante notario sobre deberes y derechos mejoraría la relación entre el médico y el paciente.</p> <p>El paciente debería asesorarse con un abogado cuando está insatisfecho con la atención del médico.</p> <p>El médico interroga al paciente únicamente para diagnosticar y proponer un tratamiento.</p> <p>La relación entre el médico y el paciente es similar a la relación entre un agente de ventas y un comprador o cliente.</p>	<p>Principio de Totalidad.</p> <p>Principio de la Sociabilidad y Subsidiaridad.</p>	<p>Sentido de la vida y de la muerte (Víctor Frankl)</p>	

Cuadro 3. Técnica y actitudes de donación humana para establecer una RMPF empática y sanadora (Montaner Abasolo, 2012).

<p>Técnica para establecer una comunicación empática</p>	<p>Actitud de donación humana abierta al crecimiento y enriquecimiento personal mutuo como elemento necesario para la curación y la salud integral del paciente</p>
<p>1. El paciente no verbaliza su malestar emocional, pero ofrece «pistas» verbales (oportunidad empática potencial). 2. El clínico invita a que el paciente verbalice... Comienza la respuesta empática, que podemos diferenciar en tres pasos: 2.1. Escuchar Escuchar al paciente de manera receptiva y en silencio. Escuchar es entrar en silencio en el mundo del otro. Acompañamiento con el cuerpo. 2.2. Recapitular Recapitular lo que el paciente dice con sus mismas palabras. Acompañamiento con el cuerpo. 2.3. Expresarse Ahora es el turno del profesional, que comunica lo que debe o quiere decir. En el canal predilecto de mi interlocutor (visual, auditivo...).</p> <p>3. Paciente confortado y comprendido. Mejor evolución y recuperación o mejor estado vital.</p>	<p>Capacidades de donación humana que deben establecer el médico, paciente y familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar/recibir la atención apropiada (toda persona necesita ser aceptada; y toda ella). • Seguridad para crecer (como personas, integralmente y hasta que nos morimos). • Sensación de autonomía. • Conexión emocional con otros (las emociones son motor motivacional). • Sentido de logro, vocación y realización personal. • Sentido de reto, de estímulo. <p>(elaborado por César Sisniegas y Denissa Pajuelo tomando la información de Montaner Abasolo, 2012. Ver referencias bibliográficas)</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alba, H. (2012). Familia y práctica médica. *Universidad Médica de Bogotá (Colombia)*, 53(2), 166-185.
- Andino Acosta, C. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(1), 38-64.
- Antúnez Baró, A., & Torres gonzáles, A. (2014). La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. The doctor-patient relationship: complexity of an indispensable link. *Mediciego*, 20(1). Recuperado el 20 de mayo de 2015, de <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/128/460>
- Arenas Moreno, A. &. (2006). *Fichas NPT del Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo*. (G. d. España, Editor, M. d. Social, Productor, & Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo) Recuperado el 25 de julio de 2016, de http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_744.pdf
- Arrubarrena Aragón, V. (2011). La relación médico-paciente. *Cirujano General*, 33(Supl 2), S122-S125.
- Ávila Souza Júnior, E. &. (2015). Religião no tratamento da doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes. *Revista Bioética*, 23(3), 615-622.
- Bascuñan, L. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile*, 133, 11-16.
- Bonal Ruiz, R. A. (2012). Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. *MEDISAN*, 16(5), 773-785.

- Buendía de los Santos, E. (abril de 2015). La relación de causalidad y la carga de la prueba en la responsabilidad médica a la vista de un breve estudio comparado. *Instituto Pacífico*, 10, 232-259.
- Burgos, J. M. (2013). *Antropología: Una guía para la existencia* (5a edición, revisada ed.). Madrid: Ediciones Palabra, S.A.
- Burgos, M. (s.f.). *La filosofía personalista como fundamento de la bioética personalista*. (J. García, Editor) Recuperado el 15 de febrero de 2016, de Enciclopedia de Bioética:
URL:<http://enciclopedia-de-bioetica.com/index.php/todas-las-voces/189-la-filosofia-personalista-como-fundamento-de-la-bioetica-personalista>
- Campos Navarro, R. (1999). Capítulo III. La relación médico-paciente. ¿Una relación de poder y subordinación? En R. Campos Navarro, *Medicina y Cultura* (págs. 231-256). México: Plaza y Valdez.
- Celedón, C. (2016). Relación médico-paciente. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 76, 51-54.
- Comisión Interamericana de derechos Humanos, OEA. (2015). *Violencia contra personas LGTBI*. Doc 36, Organización de Estados Americanos, OEA. Recuperado el 09 de setiembre de 2017, de <http://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/violencia-lgbti.html>
- Congregación para la doctrina de la Fe. (1992). *El don de la vida* (Cuarta edición ed.). Madrid: Ediciones Palabra S.A.
- Cruz Martínez, O. F. (2010). La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. *Medisur*, 8(5), 110-120.
- de Francisco, A. (1999). Los fundamentos de la relación médico-paciente. *Acta Médica Colombiana*, 24(3), 102-111.

- Donoso-Sabando, C. (2014). La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto de la dignidad humana: una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética*, 18(2), 184-193.
- García Ron, A., Serrano Grasa, R., & Blanco Lago, R. &. (2016). Estudio piloto de la eficacia de empoderar a pacientes mediante coaching como tratamiento asociado en el. *Neurología*, 31(2), 83-88.
- García, J. J. (enero-abril de 2013). Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. *Cuadernos de Bioética*, 14(1), 67-76.
- García-Huayama, J. C. (11 de noviembre de 2015). *La responsabilidad civil médica en el Perú: aspectos básicos*. Recuperado el 25 de octubre de 2017, de Derecho y cambio social: www.derechoycambiosocial.com
- Gisbert, J. (2017). La relación mentor-aprendiz en medicina. *Gastroenterología y Hepatología*, 40(1), 48-57.
- Goncalves Estella, F., Aspiri Díaz, J., Rodríguez sendín, J., Fernández Camacho, A. C., de la Serna de Pedro, I., & Solla Camino, J. &. (2005). Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente. *Medicina General*(70), 31-36.
- Gual, A. P.-A.-D.-B. (2011). Proceso de Bolonia (III): Educación en valores: profesionalismo. *Educación Médica*, 14(2), 73-81.
- Guerra López, R. (2013). Bioética y racionalidad. El personalismo al servicio de la ampliación del horizonte de la razón en la fundamentación bioética. *Cuadernos de Bioética*, XXIV(1), 39-48.
- Guillen Salazar, L. (2011). Vivencias del paciente adulto hospitalizado en el Servicio de urgencias del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. *In Crescendo*, 2(1), 97-106.

- Hernández-Escobar, C., Hernández-Camarena, J., González-González, L., & Barquet-Muñoz. (2010). Formación en ética y profesionalismo para las nuevas generaciones de médicos. *Persona y Bioética*, 14(1), 30-39.
- Laín Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente.
- Lázaro, J. &. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 8-17.
- Loriente Arin, N. &. (2009). Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de los fundamentos de la confianza en el acto médico. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 67(2), 309-328. doi:DOI: 10.3989/RIS.2007.10.10
- Loyola Durán, L., Landgrave Ibañez, S., & Ponce Rosas, E. &. (2015). Nivel de empatía en médicos del servicio de urgencias de un hospital público de la ciudad de México. *Atención Familiar*, 22(2), 43-45.
- Lugo, E. (diciembre de 2011). Bioética clínica personalista: el aporte del padre Kentenich. *Vida y Ética*, 59-84. Recuperado el 26 de octubre de 2017, de Instituto de Bioética UCA- Vida y Ética , Año 12, N° 2:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/bioetica-clinica-personalista-aporte-kentenich.pdf>
- Manigot, D. (2013). La relación médico – paciente en su contexto. *Boletín Del Consejo Académico De Ética En Medicina*. Recuperado el 26 de junio de 2015, de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeem/article/view/2067/1830>
- Maqueda Martínez, M. &. (2012). La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(2), 158-166.
- Martínez, J. (noviembre de 2016). El efecto terapéutico de la empatía. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 13(1), 35-39.

- Mingote Adán JC, M.-J. B.-C.-L. (2008). Validación psicométrica de la versión española del cuestionario de relaciones médico-paciente (CREM-P). *Actas Esp Psiquiatr*, 36(0), 1-7.
- Molins Roca, J. (2011). Coaching y salud. *Cuadernos de Coaching*(7), 6-7. Recuperado el 18 de julio de 2015, de <http://www.cuadernosdecoaching.com/ICF-Espana/cc7/Coaching%20y%20Salud.pdf>.
- Montaner Abasolo, C., & Soler Company, E. (2012). La relación con el paciente desde la perspectiva personalista. Saber comunicar un imperativo ético. *Cuadernos de Bioética*, XXIII(3), 631-639.
- Moore, p. G. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138(8), 1047-1054.
- Morales, J. C. (2017). la deshumanización en medicina.Desde la formación al ejercicio profesional. *IATREIA*, 30(2), 216-229.
- Muñoz del Carpio-Toia, A. V.-F.-L.-R.-T.-L.-F. (2016). Violencia contra médicos en hospitales de Arequipa, Perú 2016. *Acta Médica Peruana*, 33(2), 99-104.
- Ocampo Martínez, J. (2013). La antropología médica como antropología filosófica. *Revista Mexicana de Angiología*, 41(2), 44-47.
- Orellana-Peña, C. (2014). Médicos humanistas. *Persona y Bioética*, 18(1), 57-69.
- Pérez Cárdenas, M., Rodríguez Gómez, R., A, F. H., & J, C. G. (2004). Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 28(5), 237-249.
- Querts Méndez, O., Orozco Hechavarría, O., Montoya Rivera, J., & Beltrán Moret, M. &. (2013). Consideraciones antropológicas en el proceso de formación profesional del médico general. *MEDISAN* , 17(10), 7021-7030.

- Ramos Rodríguez, C. (2008). Percepción de las relaciones médico-paciente por parte por parte de los usuarios externos del Departamento de Medicina. *Anales de la Facultad de Medicina UNMSM*, 69(2), 12-16. Obtenido de Anales de la Facultad de Medicina-Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Reinoso Hermida, S., & Menéndez Villalva, C. F. (2009). La comunicación no verbal: ¿qué interpretan nuestros pacientes? *Cuadernos de atención primaria*, 6(1), 40-43.
- Robles Morejon, J. (2016). Aportaciones de la antropología steiniana a la bioética personalista. *Cuadernos de Bioética*, XXVII(2), 195-205.
- Rodríguez, Á., & Mardones, F. V. (2012). Relación médico-paciente en la Pontificia Universidad Católica de Chile: evaluación de una escala de Medición. *Revista Médica de Chile*, 140, 176-185.
- Roger Garzón, F. (1,2,3 de junio de 2011). *Universidad de Valencia, España*. (Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política (AEEFP)) Recuperado el 21 de agosto de 2015, de Grupo de Investigación en Bioética : <https://www.uv.es/gibuv/Roger/MedicoenfRoger.pdf>
- Ruiz Moral, R. (2015). Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación médico-paciente. *Educación Médica*, 16(1), 74-82.
- Ruiz Moral, R., Caballero Martínez, F., García de Leonardo, C., Monge, D., & Cañas, F. &. (2017). *Educación Médica*, 18(4), 289-297.
- Santamaría-Benhumea N, e. a. (enero-marzo de 2014). Aspectos legales del error médico en México. *Revista Conamed*, 19(1), 32-36.
- Santiesteban Badía, H. (enero-abril de 2006). Modelos éticos: el personalismo. *Bioética*, 14-17.

- Seoane, J. (2008). La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. *Derecho y salud*, 16(1), 1-28.
- Sgreccia, E. (enero-abril de 2013). Persona humana y personalismo. *Cuadernos de Bioética*, XXIV(1), 115-123.
- Silvero, R. A. (2015). Actitud de residentes de urgencias hacia la relación médico-paciente en el Hospital de Clínicas- Asunción, Paraguay. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 72(1), 26-31.
- Sogi-Uematzu, C. C.-D.-S. (2014). Denuncias éticas de médicos colegiados en Perú, 1991-2010: frecuencia y naturaleza. *Acta Médica Peruana*, 31(2), 95-105.
- Suardíaz Pareras, J. (2011). Relación médico-paciente y tecnología médica: una visión personalista. *Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II*, 11(1), 1-4.
- Theeboom, T., & Beersma, B. &. (2014). El coaching funciona? Un metaanálisis sobre los efectos del coaching en los resultados a nivel individual en un contexto organizacional. *The Journal of Positive Psychology*, 9(1), 1-18.
- Torres León, J. (2011). La transformación de la ética médica. *Sanidad Militar*, 67(2), 131-134.
- Tsuchida Fernandez, M., & Bandres Sanchez, M. &. (2003). Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. *Revista Medica Herediana*, 14(4), 175-180.
- Tuya-Figueroa, X. M.-H.-T. (2016). Violencia laboral externa tipo amenaza contra médicos en servicios hospitalarios de Lima Metropolitana, Perú 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 670-679.
doi:<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2550>

Vera Carrasco, Ó. (2016). Cómo prevenir presuntas demandas de mala praxis médica.

Revista Médica La Paz, 22(2), 60-69.

ANEXOS

Cuestionario de medición de la Relación Médico Paciente (Rodríguez y Mardones, 2012)

Nombre: Edad: Fecha de realización de encuesta:

Condición: Médico..... Paciente..... Familiar..... Fecha ingreso a Emergencia:

Si es médico: Tiempo de servicio: Hospital:

Servicio de Emergencia:

Medicina: Cirugía: Gineco-obstetricia: Traumatología:

Dimensión 1: Concepción Antropológica

1. El paciente requiere ser tratado por el médico integralmente, considerando desde lo físico hasta lo espiritual
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
2. La salud es un estado de equilibrio integral de todas las dimensiones de la persona, incluyendo la religiosa o espiritual
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
3. El médico debe desarrollar la sensibilidad para captar las necesidades del paciente
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
4. Lo espiritual fortalece y compromete mucho más el profesionalismo del médico
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
5. La medicina es una ciencia, por eso lo religioso es innecesario
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:

Dimensión 2. Deshumanización de la medicina

6. En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): hombre o mujer
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
7. En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): Homosexual (gay, lesbiana) u otras tendencias sexuales
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
8. En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): Edad
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
9. En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): Nivel Socioeconómico
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
10. En la práctica médica cotidiana, los pacientes reciben una atención digna sin discriminar por su (condición de): Religión
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:

Dimensión 3. Relación médico-paciente

3.1 Modelo paternalista

11. La alta eficacia de los avances científicos y técnicos en medicina, hacen innecesario tomar en cuenta la opinión y el sentir de los pacientes
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
12. Como los criterios de la ciencia y la fe religiosa se contradicen, el trabajo del médico debería centrarse solamente en la enfermedad del paciente
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
13. El médico es quien determina lo mejor para el paciente
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
14. El médico debe centrarse solamente en tratar al paciente en función de su enfermedad
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
15. El paciente prefiere que el médico tome las decisiones, porque él es el experto
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
16. La tecnología y los avances científicos aseguran el éxito del trabajo médico
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
17. El médico sabe más que el paciente sobre su enfermedad
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
18. Es más importante en el trabajo médico, el tratamiento y diagnóstico de la enfermedad que poner atención a los problemas personales del paciente
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:

3.2 Modelo de alianza

19. La relación entre el médico y el paciente se basa en el voto de confianza que el paciente le da al médico
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
20. El médico debe informar de modo gradual, claro y veraz sobre la enfermedad al paciente, aunque ésta sea grave o fatal
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
21. El compromiso de confidencialidad implica que el médico guardará en secreto aspectos personales e íntimos que el paciente desea que se resguarden
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:

3.3 Modelo legal

22. Un documento legal firmado ante notario sobre deberes y derechos mejoraría la relación entre el médico y el paciente
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
23. El paciente debería asesorarse con un abogado cuando está insatisfecho con la atención del médico
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
24. El médico interroga al paciente únicamente para diagnosticar y proponer un tratamiento
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
25. La relación entre el médico y el paciente es similar a la relación entre un agente de ventas y un comprador o cliente
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:

3.4 Modelo de autonomía en la toma de decisiones médicas

26. El médico actúa como consejero, el paciente es el que toma la decisión según sus valores
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
27. El conocimiento que el paciente tiene de sí mismo, le permite tomar buenas decisiones con su médico sobre el tratamiento de su enfermedad
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:
28. Las expectativas del paciente deben ser consideradas en el proceso de diagnóstico y tratamiento por parte del médico
Muy en desacuerdo: En desacuerdo: Medianamente en acuerdo: En acuerdo: Muy de acuerdo:

Tabla 14. Valores del análisis de chi cuadrado de Pearson de los 28 ítems del cuestionario autoadministrado de Pearson y su valor de p.

DIMENSIONES		n.º ítem cuestionario	Valor Chi Cuadrado de Pearson	Valor de p
Concepción antropológica		1	8.581	0.379
		2	8.035	0.430
		3	6.947	0.326
		4	6.982	0.539
		5	14.439	0.071
Deshumanización de la medicina		6	11.067	0.198
		7	17.777	0.023*
		8	9.064	0.377
		9	8.212	0.413
		10	13.751	0.088
Relación médico-paciente	Modelo paternalista	11	15.785	0.046*
		12	15.905	0.044*
		13	11.320	0.184
		14	25.511	0.001*
		15	4.762	0.783
		16	16.101	0.041*
		17	10.480	0.233
		18	21.355	0.006*
	Modelo de alianza	19	9.965	0.268
		20	9.760	0.282
		21	12.688	0.123
	Modelo legal	22	21.164	0.007*
		23	58.362	0.0001*
		24	26.462	0.001*
		25	20.471	0.009*
	Modelo de autonomía en la toma de decisiones médicas	26	4.640	0.795
		27	11.158	0.193
		28	5.326	0.722

*Valor de p < 0.05, significativo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE Y FAMILIAR.

Estimado paciente y familiar:

Somos los médicos especialistas en Medicina Interna Denissa Pajuelo García y César Sisniegas Vergara, que laboramos en El Seguro Social de Salud (EsSalud) de la Red Asistencial Lambayeque, en el Hospital “Almanzor Aguinaga Asenjo” y “Luis Heysen Inchaústegui”, respectivamente.

Nos presentamos respetuosamente ante Ud. para informarle lo siguiente:

El presente documento tiene como finalidad informarle sobre el trabajo de investigación que estamos realizando, titulado “**PROPUESTA DE COACHING PERSONALISTA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN DOS HOSPITALES DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE DE ESSALUD, 2016**”

- Este estudio mejorar la relación médico-paciente-familia en los Servicios de Emergencia de EsSalud de Lambayeque.
- Para ello se determinarán las características actuales de la relación médico-paciente-familia mediante la aplicación de una encuesta.
- Se le informará y explicará sobre los beneficios de hacer tal encuesta.
- La aplicación de la encuesta **no implica ningún riesgo para el paciente y el familiar.**
- En el estudio participarán los pacientes que acudan a los Servicios de Emergencia del Hospital “Almanzor Aguinaga Asenjo” y Hospital II “Luis Heysen Inchaústegui”.
- Los datos necesarios para este estudio serán tomados solamente de la encuesta.
- La información que resulte facilitará el mejoramiento y optimización de la relación médico-paciente-familia utilizando un enfoque personalista.
- La **participación de los pacientes y familiares en este trabajo es de carácter voluntario, y con autorización expresa de los pacientes y familiar responsable.** Asimismo, el paciente y el familiar encuestados pueden retirarse del estudio, sin que ello altere su tratamiento, ni la relación médica-paciente.
- En caso de aceptar participar en el estudio, la información obtenida se tratará con absoluta reserva. **La identidad del paciente y el familiar permanecerán en el anonimato.**
- El paciente y los familiares que participen de la encuesta podrán conocer los resultados del estudio, al finalizar o en cualquier momento que lo soliciten al investigador.
- Los responsables del estudio Denissa Pajuelo García y César Sisniegas Vergara responderán a todas sus preguntas antes de firmar este documento y pueden comunicarse al teléfono celular 9638699 para cualquier consulta o información adicional.

HOJA DE AUTORIZACION

Título del trabajo de investigación: “PROPUESTA DE COACHING PERSONALISTA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN DOS HOSPITALES DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE DE ESSALUD, 2016”

Yo,.....en

calidad de paciente ()

o familiar del paciente ()

Sr

(a).....

En caso de parentesco, tipo de parentesco:

• Doy testimonio que he leído la **Hoja de Información** del trabajo de investigación previamente a esta autorización, he podido asimismo preguntar lo que he considerado pertinente sobre dicho estudio y considero que he recibido suficiente información al respecto.

• He hablado con los médicos especialistas en Medicina Interna Denissa Pajuelo García y César Sisniegas Vergara, quienes me han informado lo relacionado a su estudio de investigación.

• También soy consciente que mi participación () o la participación de mi familiar () es de carácter voluntario.

También estoy informado que puedo retirarme o retirarme de dicho estudio:

✓ Cuando lo desee

✓ Sin tener que dar explicaciones

✓ Sin que esto repercuta en mis cuidados (), o los cuidados de mi familiar que es el paciente ()

✓ Sé que la información obtenida será motivo de análisis por parte del investigador y de posible publicación.

✓ Sé que cualquier duda será resuelta por los responsables del estudio, Denissa Pajuelo García y César Sisniegas Vergara llamando al teléfono Cel. 97-9638699.

✓ Sé que ante la posibilidad de sentir que mis derechos han sido vulnerados puedo llamar al presidente del Comité de Ética del Hospital “Almanzor Aguinaga Asenjo” o “Luis Heysen Inchaústegui.”, cuyos teléfonos son 237776 y 208035, respectivamente.

✓ De acuerdo a lo anterior, presto libremente mi conformidad para participar en calidad de paciente o como familiar para participar en el estudio señalado, para lo cual firmo otorgando mi consentimiento.

Chiclayo, de 2016.

Paciente

Familiar responsable

Médico